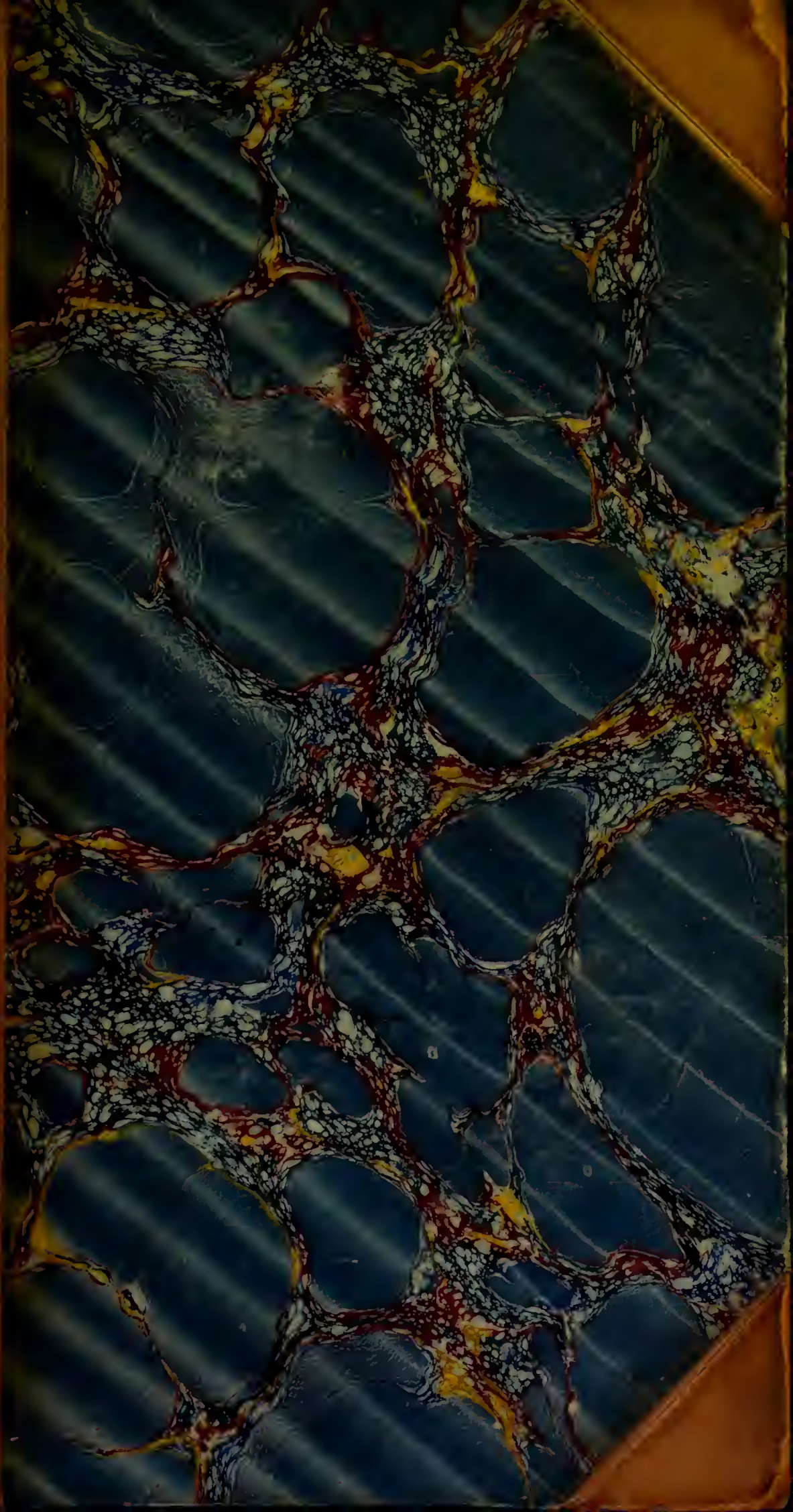


6d 5:13

R32890

TRAITÉ

DE LA

PNEUMONIE

Ouvrage du même auteur :

TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE,

8e édition. Paris, 1862, 2 volumes in-8°.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

TRAITÉ

DE LA

PNEUMONIE

PAR

A. GRISOLLE

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
Président pour 1864 de l'Académie impériale de médecine;
Médecin de l'Hôtel-Dieu et du Lycée impérial Napoléon;
Membre du Conseil de surveillance de l'assistance publique;
Officier de la Légion d'honneur.

DEUXIÈME ÉDITION

REFONDUE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19

Londres, Hippolyte Baillière. | **Madrid**, C. Bailly-Baillière. | **New-York**, Baillière Brothers.

LEIPZIG, E. JUNG TREUTTEL, QUERSTRASSE, 10

1864

Tous droits réservés.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21984141

A LA MÉMOIRE

DU PROFESSEUR CHOMEL

A MON VÉNÉRÉ MAITRE ET AMI

M. LOUIS

Souvenir de gratitude et d'affection.

GRISOLLE.

AVANT-PROPOS

DE LA DEUXIÈME ÉDITION

Je publie aujourd'hui la deuxième édition d'un livre qui, en 1841, a reçu de mes confrères un accueil des plus bienveillants et qui fut honoré des plus illustres suffrages (1). Ces témoignages furent pour mes débuts un puissant stimulant, aussi je tiens avant tout à exprimer ma gratitude à ceux qui voulurent bien encourager mes premiers efforts.

Revoir mon ouvrage avec le plus grand soin et avec cette disposition d'esprit que la Bruyère recommande (2), le refaire en très-grande partie, combler des lacunes qu'on y remarquait, telle est la tâche que je me suis imposée afin de pouvoir espérer qu'on accordera à ce nouveau travail la même faveur qu'à son aîné. J'ai respecté, dans cette deuxième édition, le

(1) En 1841, l'Académie des sciences accorda à cet ouvrage une récompense de 2000 francs, et en 1844 l'Académie de médecine lui décerna le prix triennal fondé par Itard, en faveur du meilleur livre de médecine pratique.

(2) « Tout écrivain doit se mettre à la place de ses lecteurs, et examiner son propre ouvrage comme quelque chose qui lui est nouveau, qu'il lit pour la première fois, où il n'a nulle part et que l'auteur aurait soumis à sa critique, et se persuader ensuite qu'on n'est pas entendu seulement à cause que l'on s'entend soi-même, mais parce qu'on est en effet intelligible. » (*Les Caractères*, chap I, *Ouvrages de l'esprit.*)

plan primitif de mon ouvrage. Ayant fait l'histoire de la pneumonie d'après l'analyse rigoureuse de 373 observations particulières (1), croyant être resté fidèle à ce précepte de Zimmermann, qui veut qu'on dise ce qu'on a vu et comment on l'a vu (2), je n'ai pu modifier aucun des résultats que j'indiquais, puisqu'ils étaient l'expression exacte de ce que j'avais observé. Cependant, chemin faisant, j'ai rencontré des opinions nouvelles qui ont surgi, des doctrines qui se sont produites et qui, par conséquent, ont dû être discutées et jugées. Autant que je l'ai pu, j'ai tenté de le faire avec les observations recueillies il y a vingt-cinq ans; c'était de la sorte donner peut-être à mes appréciations un caractère d'impartialité plus complète. Pour les problèmes que les faits antérieurs étaient impuissants à résoudre, je possédais en réserve près de 300 observations nouvelles, recueillies pour la plupart avec le même soin que les premières, et qui m'ont permis de répondre à des questions passées autrefois sous silence ou incomplétement étudiées. J'ai bien souvent regretté de ne pas en posséder davantage encore, je n'eusse pas laissé à l'avenir et à d'autres peut-être l'honneur de trancher certaines difficultés, d'apprécier, de juger surtout certaines médications.

On voit qu'aujourd'hui, comme autrefois, je n'appartiens pas à l'école de ces *superbes* qui méprisent les faits et qui trouvent d'ailleurs que la science en est encombrée. Cette exubérance est imaginaire, elle n'existera jamais pour ceux qui ne se payent pas de mots, mais qui cherchent à savoir les choses; pour ceux qui, amis, mais amis éclairés de l'induction, condition essentielle de progrès, veulent cependant que dans les sciences, et dans la médecine en particulier, la réalité des

(1) Ces 373 observations se divisent en deux groupes : 304 sont des exemples de pneumonies primitives ; 69 appartiennent à des pneumonies secondaires.

(2) *Traité de l'expérience*, chap. III, t. I. Paris, 1774, p. 247.

faits reste toujours la base immuable et solide de tous nos raisonnements.

Lorsqu'en 1841 parut la première édition de ce livre, on fut d'abord presque surpris que j'eusse choisi un sujet, disait-on, aussi banal que la pneumonie : car la plupart des médecins s'étaient habitués depuis longtemps à regarder les phlegmasies pulmonaires comme le type des maladies les mieux connues et les plus faciles à traiter. Mon livre prouva le contraire aux plus incrédules, et aujourd'hui, malgré l'étude nouvelle que j'en ai faite, il reste encore de nombreuses lacunes à combler. Comment en serait-il autrement ?

L'étude de la pneumonie est une des plus vastes de la pathologie. L'affection dont nous allons traiter est commune dans presque tous les pays du globe ; elle est partout meurtrière, elle l'est plus spécialement peut-être sur notre continent ; elle sévit à tous les âges de la vie ; elle ne respecte aucune position sociale ; non-seulement elle atteint les individus valides, mais elle menace sans cesse tous ceux qui souffrent, et elle constitue une des complications les plus redoutables et les plus communes de toutes les maladies aiguës et chroniques.

Lorsqu'on étudie la pneumonie dans les principales conditions où elle se développe, combien on la trouve peu semblable à elle-même ! Existe-t-il une maladie aussi diversement grave, suivant la période de la vie où on l'observe ? En trouve-t-on une autre qui se complique plus souvent d'éléments nouveaux qui en modifient, qui en changent la physionomie et jusqu'à un certain point la nature ? Y en a-t-il une enfin qui reflète d'une manière plus saisissante le génie particulier des constitutions médicales ? Si à toutes ces causes on ajoute encore les changements qui résultent du climat et des habitudes des peuples, on s'expliquera les divergences d'opi-

nions, les contradictions qui existent surtout à propos du traitement. Aujourd'hui, comme autrefois, plus peut-être qu'il y a vingt-cinq ans, l'esprit des médecins flotte incertain entre une multitude de méthodes prônées à l'exclusion les unes des autres. J'avais, dans la première édition, protesté contre les traitements exclusifs, je les combats encore, et me suis efforcé, dans ce nouvel écrit, de ramener les praticiens à la mesure du vrai, c'est-à-dire à l'intelligence des indications.

Paris, 20 avril 1864.

TRAITÉ

DE LA

PNEUMONIE

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

La pneumonie est l'inflammation du parenchyme ou du tissu propre du poumon. Cette maladie a reçu plusieurs autres dénominations. Le mot *péripneumonie*, dont Hippocrate et Arétée se sont servis, a été préféré par la généralité des médecins ; mais de nos jours, quelques personnes, cherchant à en restreindre le sens, ont proposé de réserver cette expression aux cas seulement où l'inflammation n'envahit que la superficie de l'organe, tandis que le mot *pneumonie* signifierait que la phlegmasie s'est propagée plus profondément. Une pareille distinction ne saurait être admise, car, ainsi que Laennec l'observe, elle n'est point en rapport avec le sens dans lequel Hippocrate et tous les médecins depuis lui ont pris le mot *péripneumonie* (1).

L'expression *pulmonia* inusitée de nos jours n'a été que très-rarement employée. Beaucoup de médecins, surtout dans le siècle dernier, appelaient souvent la pneumonie *fièvre pneumonique* ou *péripneumonique*. Fréd. Hoffmann et Huxham entre autres se servaient de cette locution. Ces médecins ont voulu dire que l'appareil fébrile était le phénomène principal ou du moins primitif, et que ce n'était que consécutivement que le mouvement inflammatoire s'était porté vers les poumons. A l'exemple de Bosquillon, on a souvent dé-

(1) La particule περὶ dans le mot περιπνευμονία, ne signifie pas *autour*, mais indique seulement *importance*, comme dans cette expression οἱ περὶ τὸν Ἀγαμέμνονα, pour dire Agamemnon (Laennec, *Auscult.*, t. I, p. 487). Requin dit aussi : « La proposition περὶ n'a pas ici son sens spécial de pourtour et de périphérie, mais seulement une valeur banale, de nature explétive, ou si l'on veut augmentative, comme qui dirait la *maladie pulmonaire par excellence.* » (*Éléments de pathologie médicale*, t. II, p. 124.)

signé la pneumonie sous le nom de *fluxion de poitrine*, expression vague qu'on pourrait appliquer aussi bien à la pneumonie qu'à plusieurs autres maladies aiguës. Aujourd'hui les mots *fluxion de poitrine* usités encore chez le vulgaire n'ont plus cours dans le langage scientifique. Beaucoup d'auteurs ayant remarqué que la phlegmasie du parenchyme pulmonaire était presque toujours accompagnée de celle des plèvres ; d'autres, admettant que la pneumonie ne pouvait exister sans un certain degré de pleurésie, ont proposé de désigner la maladie par les mots de *pleuro-pneumonie* ou *pleuro-péripneumonie*. Mais, d'après la remarque de Chomel (1), comme dans la plupart des cas l'inflammation de la plèvre qui accompagne la pneumonie ne détermine pas ou à peine d'épanchement ; comme aussi la pleurésie est généralement très-bornée, elle ne constitue qu'une affection secondaire et à peu près de nulle importance, ayant la même marche, les mêmes limites que la pneumonie, et ne formant avec elle qu'une seule et même maladie, il faut réserver les mots *pleuro-pneumonie* pour exprimer les cas où la pleurésie, occupant une large surface, s'accompagne d'un épanchement notable, et constitue alors une véritable complication.

On trouve souvent dans les ouvrages publiés surtout dans les deux derniers siècles les mots de *peripneumonia vera*, expressions synonymes de *pneumonie franche* ou *légitime*. On avait par opposition une *peripneumonia notha*, *spuria*, ou *péripneumonie bâtarde*, *catarrhale*, ou *péripneumonie fausse*, expressions qui s'appliquaient souvent à des maladies fort différentes, par exemple à diverses formes du catarrhe pulmonaire, surtout chez les vieillards. On n'a conservé de ces dénominations que celle de *péripneumonie* ou *pneumonie catarrhale*, souvent nommée encore *broncho-pneumonie ;* ces expressions désignent, en effet, une forme spéciale de la maladie ayant des caractères anatomiques complexes. Aussi lui consacrerons-nous un article spécial.

Enfin, quelques modernes, à l'exemple d'Alibert, ont préféré à tous les mots celui de *pneumonite* qui, en effet, est formé conformément à la loi générale de nomenclature des inflammations. Mais cette expression n'a pas prévalu. Dans le cours de cet ouvrage j'emploierai indifféremment les mots de *pneumonie* et de *péripneumonie*.

La péripneumonie a été signalée de toute antiquité, mais elle fut confondue pendant de longs siècles, elle le fut presque jusqu'à nos jours, avec la pleurésie. On comprend qu'il ne pouvait guère en être autrement à une époque où l'anatomie pathologique n'existait

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. PNEUMONIE.

point, où l'anatomie normale elle-même, du moins l'anatomie des tissus, était dans une sorte d'enfance, et lorsque les médecins n'avaient pas encore en leur puissance ces méthodes d'exploration qui ont donné aux écoles modernes une si grande et si incontestable supériorité sur celles de tous les âges antérieurs.

La distinction entre la pneumonie et la pleurésie a pourtant été établie même par Hippocrate; un passage très-explicite des *Coaques* le démontre (1). Cependant cette distinction était en quelque sorte tout intuitive, et il est évident que les deux affections étaient confondues par les médecins grecs. Lorsqu'on voit, en effet, dans le même livre du père de la médecine, les crachats *jaunes*, *noirs*, *verdâtres*, être signalés dans la pleurésie; lorsqu'on remarque cette multitude de signes fâcheux attribués à la pleurésie, sa terminaison si souvent funeste en peu de jours, on ne saurait méconnaître qu'Hippocrate ne distinguait pas dans la pratique la pneumonie de la pleurésie. Il en fut de même de Galien, plus explicite peut-être, mais s'évertuant à vouloir distinguer l'inflammation de la plèvre costale d'avec celle des muscles intercostaux ; il assignait, d'ailleurs, à la pleurésie des crachats colorés et une marche rapide, qui n'appartiennent guère qu'à la pneumonie (2). Combien est supérieure la description de Cælius Aurelianus, la moins défectueuse peut-être de toutes celles que l'antiquité nous a léguées (3).

Si l'on suit la tradition depuis cette époque jusqu'à la fin du dernier siècle, on voit que la pneumonie et la pleurésie sont, à l'exemple de Cælius Aurelianus, érigées en espèces distinctes par le plus grand nombre. Les médecins s'efforcaient de les distinguer pendant la vie, sans y parvenir le plus souvent. Si quelques-uns, comme Lieutaud, paraissent avoir connu la valeur des crachats rouillés, et les ont regardés comme appartenant exclusivement à la pneumonie (4), combien d'autres qui, plus nombreux, ont, avec Lazare Rivière, signalé la même expectoration, aussi bien dans l'inflammation des plèvres que dans celle du parenchyme pulmonaire (5). Mais à quoi bon multiplier les citations, puisqu'il résulte des témoignages écrits des médecins qui ont le plus illustré la fin du dernier siècle

(1) « Parmi les péripneumonies, celles qui succèdent à la pleurésie sont moins dangereuses que celles qui s'établissent tout d'abord. » (Hippocrate, *Œuvres*, édit. Littré, t. V, p. 671.)

(2) *Des lieux affectés*, t. II, p. 630 et 639 ; traduction du docteur Daremberg.

(3) *Acutorum morborum*, lib. III, t. I. Lausannæ, 1774.

(4) *Précis de la médecine pratique*, 4e édit., t. I, p. 349. Paris, 1776.

(5) *La pratique de médecine*, t. I, p. 543 et 567. Lyon, 1690.

et même le commencement de celui-ci, que la pneumonie et la pleurésie étaient considérées, encore à cette époque, comme une maladie unique, ne différant entre elles, disait Sydenham, que par l'étendue (1), ne présentant, suivant Cullen, aucun signe distinctif, n'offrant aucune variété considérable dans les symptômes, ne donnant lieu à aucune indication curative différente (2). Les observations de Valsalva et de Morgagni (3), celles de Huxham (4) tendaient bien à prouver le contraire, mais elles n'étaient pas assez précises, et elles furent impuissantes à modifier l'opinion commune. Nous voyons, en effet, Jean-Pierre Frank, en 1792, et dans les diverses éditions de son ouvrage, brisant avec une tradition qui semblait pourtant bien établie, ne plus consacrer un article distinct à la pleurésie et à la pneumonie; il soutenait qu'aucune différence tranchée ne séparait ces maladies, qui pouvaient et devaient être étudiées sous le nom de *péripneumonie* (5). En France même, nous trouvons Portal, il y a soixante ans à peine, disant encore que la pleurésie n'était qu'une modification de la pneumonie, et que ces deux maladies, ayant un siége unique, ne devaient pas être distinguées l'une de l'autre (6), opinion d'autant plus étrange que notre immortel Bichat avait prouvé déjà depuis plusieurs années (7) que chaque tissu pouvait être isolément affecté dans un organe.

Les médecins, jusqu'à Bichat, ne croyaient guère à la pleurésie que lorsqu'ils trouvaient des fausses membranes sur la plèvre costale; pour eux la pleurésie était l'inflammation de la plèvre qui tapisse la face interne des côtes, et la plupart y ajoutaient aussi, chose étrange! l'inflammation des muscles intercostaux. Aussi, lorsque, à l'ouverture de cadavres d'individus ayant succombé à une pleurésie, ils trouvaient le poumon recouvert de fausses membranes épaisses, revenu sur lui-même, et présentant cette coloration rougeâtre, cette espèce de carnification si commune lorsque son tissu a été longtemps et énergiquement comprimé, on ne voyait là qu'une péripneumonie, et non une pleurésie; car, pour eux, la

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 405, édit. de Baumes. Montpellier, 1816.

(2) *Éléments de médecine pratique*, t. I, p. 244, trad. de Bosquillon. Paris, 1774.

(3) *Epistol.* XX et XXI.

(4) *Essai sur les fièvres*, p. 217. Paris, 1778.

(5) *Traité de médecine pratique*, édit. de Goudareau, t. I, p. 157.

(6) *Anatomie médicale*, t. V, p. 23. Paris, 1804.

(7) *Traité des membranes*. Paris, 1800, et plus tard, *Anatomie générale*. Paris, 1801. — Nouvelle édition. Paris, 1831.

plèvre était la membrane qui tapisse les côtes, et l'on ne pensait pas que le feuillet viscéral, qui est si ténu, fût assez distinct du poumon pour pouvoir devenir le siége d'un travail pathologique, à l'exclusion des tissus subjacents. C'est ce qui explique encore pourquoi la pleurésie, qui est si commune, et qui a dû l'être en tout temps, était généralement regardée comme une maladie des plus rares, si rare que Lieutaud affirmait ne pas l'avoir vue plus de deux fois, après l'ouverture d'un grand nombre de cadavres (1). On pensait aussi très-généralement que la pleurésie ne tuait point, et qu'elle ne pouvait être mortelle que par l'inflammation concomitante du poumon, opinion à laquelle Morgagni s'était franchement rallié (2).

Si les immortels travaux de Bichat sur l'anatomie générale permirent de constituer en quelque sorte l'anatomie pathologique à peine ébauchée de la pneumonie et de la pleurésie, l'histoire symptomatique restait aussi obscure et presque aussi confuse qu'autrefois. La belle découverte d'Avenbrugger, agrandie encore par Corvisart, avait été impuissante, elle devait l'être, en effet; mais nous arrivons à l'année 1819. Laennec vient de publier son *Traité d'auscultation médiate*, cet impérissable monument, le plus grand que la médecine ait encore vu dans ce siècle. Laennec en peu d'années, et presque sous les étreintes d'une maladie implacable, créa une science toute nouvelle, et agrandit de la manière la plus imprévue le champ de l'observation clinique en dotant le médecin d'un sens en quelque sorte nouveau. L'oreille appliquée sur la poitrine, lui fait entendre des bruits divers, ce sont des signes correspondant à des lésions déterminées, il trouve aussi pour les exprimer des mots, souvent pittoresques, toujours exacts, réalisant un prodige presque inconnu dans l'histoire de l'esprit humain, une science toute nouvelle, improvisée en quelque sorte et néanmoins sortant parfaite des mains de celui qui l'a créé.

C'est à dater de cette glorieuse époque que l'histoire de la pneumonie fut faite, car ce fut alors qu'on put non-seulement la distinguer sûrement des autres maladies de poitrine, mais suivre la marche, l'évolution des lésions qui la caractérisent, avec autant de certitude et de précision qu'on le ferait pour une maladie des téguments.

L'impulsion une fois donnée, les travaux se multiplièrent de toutes parts. La pneumonie, presque exclusivement étudiée d'abord chez

(1) *Précis de la médecine pratique*. 4e édit., p. 347.

(2) Lettre XXI, § 37.

l'adulte et chez le vieillard, le fut bientôt chez les enfants, et ce n'est que justice de dire ici que la plus large part dans les progrès obtenus revient surtout aux médecins français et presque exclusivement aux médecins sortis de l'école de Paris.

Je ne veux en ce moment nommer personne, mais dans le cours de cet ouvrage j'aurai souvent l'occasion de citer les travaux de mes devanciers et ceux d'un grand nombre de mes contemporains pour les louer souvent, pour les critiquer quelquefois, pour ajouter de temps en temps quelques faits nouveaux ou quelque développement et une précision plus grande aux descriptions qu'ils nous ont données.

On verra, en parcourant cet écrit, que la pneumonie n'est pas *une*, que c'est une affection pouvant affecter des formes diverses et souvent fort complexes ; c'est là une vérité qu'il est bon de signaler tout d'abord. Mais il est une division capitale que j'avais faite dans la première édition, que je maintiens dans celle-ci : car elle domine en quelque sorte toute l'histoire de la pneumonie, c'est la distinction de la pneumonie suivant qu'elle est *primitive* ou *secondaire*.

La pneumonie *primitive* est celle qui frappe un individu brusquement dans la plénitude de la santé. La pneumonie est dite, par contre, *secondaire*, *consécutive*, *symptomatique*, lorsqu'elle se développe dans le cours d'un état morbide antérieur plus ou moins grave, qui a joué le rôle de cause excitante ou tout au moins de cause prédisposante, et qui imprime d'ailleurs à la maladie intercurrente des modifications telles, que la physionomie en est complétement changée, transformée presque; de là découlent des règles nouvelles pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Ces pneumonies furent à peine signalées par les auteurs du dernier siècle. Laennec, sous le titre de *pneumonies latentes* ou *symptomatiques*, leur a consacré quelques pages bien insuffisantes ; ce n'est que plus tard que des travaux furent entrepris, surtout par les médecins voués spécialement à l'étude des maladies de l'enfance. On peut dire pourtant qu'avant 1841 il n'existait pas encore une histoire de la pneumonie secondaire. C'est elle que j'ai tenté d'esquisser dans la première édition de ce livre, et pour que cette étude fût plus fructueuse encore, je n'ai cessé de mettre la pneumonie secondaire en opposition avec la pneumonie primitive, les comparant ainsi l'une à l'autre dans les lésions qui les caractérisent, dans les causes qui les provoquent, dans les symptômes qui peuvent les faire reconnaître, dans la marche qu'elles suivent, dans leurs terminaisons, leur pronostic et leur traitement ; c'est le même ordre que je suivrai aujourd'hui.

Je vais commencer l'histoire de la pneumonie par l'étude des lésions qui la caractérisent dans les poumons, et par celles que la maladie provoque dans d'autres organes. On saisira de la sorte beaucoup mieux l'importance de quelques symptômes et l'on en expliquera plus aisément le mécanisme.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'examen cadavérique des individus qui succombent à la pneumonie nous offre à étudier des altérations diverses, non-seulement dans le parenchyme pulmonaire, mais encore dans plusieurs autres organes.

J'étudierai successivement les caractères anatomiques que l'inflammation des poumons présente à ses différents degrés, et suivant ses terminaisons. Je rechercherai ensuite les lésions des autres viscères qui peuvent être consécutives à la pneumonie, puis j'exposerai les altérations qui caractérisent l'état chronique. Enfin, je déterminerai si les caractères anatomiques de l'inflammation pulmonaire diffèrent entre eux, suivant que la maladie a été primitive ou secondaire.

Du côté des poumons, les altérations varient suivant plusieurs circonstances que je tâcherai d'apprécier plus tard, mais surtout d'après la période à laquelle la phlegmasie est parvenue. Depuis Laennec, les anatomo-pathologistes ont admis trois degrés dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire : ce sont : 1° l'*engouement ;* 2° l'*hépatisation rouge ;* 3° l'*hépatisation grise.* J'adopte cette division, car on ne saurait en trouver une qui fût plus vraie.

ARTICLE PREMIER.

DEGRÉS DE LA PNEUMONIE.

§ 1er. — **Premier degré, ou engouement.**

Lorsque la pneumonie n'a pas dépassé le premier degré ou la période d'engouement, le poumon présente extérieurement une couleur violacée, livide ou lie de vin; il est plus pesant; pressé, il

crépite à peine ; on sent qu'il a perdu presque toute son élasticité, qu'il est devenu plus résistant et plus compacte. Si on le comprime avec les doigts, il en conserve souvent l'impression comme le ferait un tissu œdématié. Lorsqu'on divise cette portion de poumon, il s'échappe aussitôt de la surface des incisions une grande quantité d'un liquide séreux, rougeâtre, trouble et spumeux. La texture de l'organe n'est pas alors profondément altérée ; il est facile, en effet, de reconnaître encore l'état spongieux du tissu ; mais celui-ci offre une coloration rouge ou livide plus ou moins foncée ; sa consistance est diminuée, on le déchire plus facilement qu'on ne peut le faire à l'état normal, il se laisse aisément pénétrer par la pression des doigts.

La friabilité de tissu avait été donnée comme un caractère pouvant différencier l'engouement inflammatoire de celui qui, purement passif ou mécanique, se forme dans les parties déclives des poumons pendant l'agonie ou bien après la mort. Mais de nombreuses observations ont démontré que la friabilité du tissu pulmonaire pouvait exister indépendamment de tout travail phlegmasique, et que souvent elle était le résultat d'une accumulation toute passive des liquides. On a prétendu que, dans les cas où le tissu pulmonaire n'était qu'engoué, il suffisait de le laver, de le malaxer sous un filet d'eau, et de le priver par expression de tous les liquides qu'il contient, pour lui rendre sa couleur et sa consistance normales ; tandis qu'en opérant de la même manière sur une portion de poumon atteint d'engouement inflammatoire, on parviendrait tout au plus à diminuer la coloration morbide, sans faire perdre au tissu sa friabilité. Il n'en est rien ; des recherches plus précises ayant établi que cette altération de consistance pouvait persister lorsqu'il n'existait qu'un engouement mécanique. On comprend, en effet, que les tissus baignés, macérés par un liquide pendant vingt-quatre ou trente-six heures, puissent perdre définitivement leur cohésion normale. Je pense donc avec M. Bouillaud (1) qu'il est des circonstances où il est difficile et même impossible de déterminer, d'après la simple inspection cadavérique, si l'engouement qu'on observe est inflammatoire ou simplement mécanique. Dans les cas où les lésions anatomiques sont insuffisantes, il faut, pour résoudre le problème, s'éclairer par l'étude des symptômes observés pendant la vie.

Dans cette première période de la maladie, le tissu pulmonaire est encore perméable, du moins en partie, aussi lorsqu'on le met dans

(1) *Dictionnaire de méd. et de chirur. pratiques.* Paris, 1835, art. PNEUMONIE.

un vase rempli d'eau surnage-t-il plus ou moins ; mais jamais il ne le fait aussi complétement qu'à l'état normal, car le poumon en partie imprégné de liquide est plus lourd, et d'ailleurs ses cellules sont obstruées ; aussi l'insufflation est elle-même insuffisante pour leur rendre toute leur perméabilité. Si, à l'exemple de Hourmann et de M. Dechambre, on examine à la loupe ces tranches de poumon engoué et préalablement desséchées, on voit que les cloisons qui circonscrivent les cellules et les lamelles suspendues dans leur aire, sont pénétrées d'arborisations de plus en plus ténues et multipliées, suivant le degré de la congestion sanguine (1) ; pour peu que cette congestion soit forte, les vaisseaux sont si nombreux et tellement pressés, qu'ils ne laissent entre eux aucun intervalle appréciable. Ces capillaires, augmentés en volume et très-probablement aussi en nombre, dans lesquels le sang stagne et se tasse en quelque sorte, et qui par conséquent sont imperméables aux injections les plus fines, proviennent-ils surtout de l'artère pulmonaire, comme Walshe l'indique (2), ou bien des artères bronchiques, comme le docteur Morehead le suppose (3). Il est probable que ces deux ordres de vaisseaux doivent être simultanément atteints, quoique peut-être à des degrés différents ; on comprend, en effet, sans qu'il soit possible pourtant d'en fournir la démonstration, que les capillaires de l'artère pulmonaire doivent être les plus nombreux, et c'est là précisément ce qui a pu faire croire qu'ils étaient exclusivement atteints, opinion qui est défendue par M. Ch. Robin (4) et sur laquelle je reviendrai plus tard.

Cette injection, cette distension des capillaires a pour effet nécessaire de rétrécir la cavité des vésicules, dans lesquelles s'épanche du sang en nature ou bien par exosmose un sérum contenant une certaine quantité d'hématosine. On peut voir enfin dans les parties ainsi congestionnées un épithélium granuleux, de fines granulations et même déjà quelques corpuscules d'exsudation (Walshe).

D'après Stokes (5), l'engouement inflammatoire que je viens de décrire ne constituerait pas le premier degré de la pneumonie, mais il serait lui-même consécutif à un état anatomique caractérisé par la sécheresse, par la fermeté du tissu, par la vive injection artérielle qu'il présente, ce qui donnerait au parenchyme du pon-

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. X, p. 271.

(2) *Practical treatise on the diseases of the Lungs*, 3e édit. London, 1860, p. 353.

(3) *Diseases in India*, vol. II, p. 311.

(4) *Gazette médicale*, année 1859, p. 24.

(5) *Treatise of the diagnostic and treatment of diseases of the Chest*, p. 310.

mon une coloration vermeille éclatante, mais sans qu'il existe en même temps aucune effusion soit sanguine, soit séreuse, dans les cellules. Stokes prétend avoir trouvé cet état au voisinage des pneumonies arrivées au premier et au deuxième degré ; il convient d'ailleurs qu'on l'observe rarement, ou qu'il passe aisément inaperçu, parce qu'il est masqué facilement par la stase cadavérique. Cette opinion de Stokes, réfutée par Skoda et par Rokitansky, a été partagée par Walshe (1). Ce fait anatomique ne me semble pas encore établi sur des preuves très-positives : je n'ai jamais pu d'ailleurs le constater. Si l'anatomie pathologique peut rarement être invoquée en faveur de l'opinion soutenue par Stokes, nous verrons pourtant, en parlant des résultats fournis par l'auscultation, que la période d'engouement est réellement précédée parfois par des modifications du bruit respiratoire qui pourraient bien être la conséquence d'un état purement congestif ; mais, je le répète, la démonstration du fait n'a pas encore été fournie par l'inspection cadavérique.

Le premier degré, ou l'engouement du poumon, existe rarement seul ; je ne l'ai vu comme lésion unique que dans les cas de pneumonies secondaires, survenues à une époque plus ou moins voisine de la mort. Chez tous les malades, sans exception, qui eurent une pneumonie primitive, l'engouement existait en même temps qu'une ou plusieurs des altérations que je vais décrire.

§ 2. — Deuxième degré, ou hépatisation. — Endurcissement, ramollissement rouges.

Lorsque la pneumonie a passé au deuxième degré, le tissu du poumon est dur ; il résiste comme le ferait le foie ; il ne crépite plus quand on le comprime ; il n'est plus susceptible d'être insufflé, car il est devenu absolument imperméable à l'air ; aussi, lorsqu'une portion ainsi indurée est mise dans un vase rempli d'eau, elle se précipite aussitôt au fond du liquide, comme le ferait un fragment de rate ou de foie. En général, le poumon hépatisé est moins livide qu'il n'était à la période d'engouement, et il offre le plus souvent à l'extérieur une coloration rougeâtre plus ou moins foncée. Si on l'incise, on retrouve à l'intérieur la même teinte, tantôt assez uniforme, le plus souvent irrégulière, inégale, nuancée différemment, de manière à imiter l'aspect de certains marbres ou granits. Sur cette surface on voit en outre se dessiner les tuyaux

(1) *Loc. cit.*, p. 352.

bronchiques, les vaisseaux sanguins, la matière noire pulmonaire, enfin les cloisons celluleuses qui séparent les lobules entre eux. En général, il ne s'échappe pas beaucoup de liquide de la surface des incisions; celui qui s'écoule n'est plus aéré; il est rougeâtre, plus épais et plus trouble que celui que nous avons vu dans la période d'engouement.

Un caractère anatomique très-important est, en outre, fourni par l'aspect des surfaces incisées. Celles-ci sont hérissées d'une multitude de granulations rouges ou rougeâtres, de forme obronde et légèrement aplatie. Cette disposition granulée est bien plus apparente encore lorsque, au lieu de diviser les parties avec l'instrument tranchant, on les déchire. Ces corps arrondis ne sont assurément rien autre que les vésicules pulmonaires transformées en corps solides par l'épaississement des parois et par l'oblitération de leurs cavités.

La couleur du poumon dans le deuxième degré de la pneumonie, la dureté, la pesanteur qu'il acquiert, l'aspect granulé de sa surface, lui donnent beaucoup de ressemblance avec le tissu du foie. Aussi les médecins désignent-ils généralement cet état par le mot d'*hépatisation rouge :* quelques-uns ont proposé celui de *carnification*, expression impropre qu'il convient de réserver à une autre forme d'induration pulmonaire dont je parlerai plus tard. Cette comparaison qu'on a faite entre le tissu du foie et celui du poumon enflammé au deuxième degré est parfaitement juste; elle s'est présentée à l'esprit des médecins dès qu'ils ont commencé à faire de l'anatomie pathologique. Cependant M. le professeur Andral semble blâmer le mot *hépatisation;* il préfère appeler le deuxième degré de la pneumonie *ramollissement rouge* (1), parce qu'en effet le parenchyme pulmonaire, quoique plus dur, est néanmoins devenu plus friable; il se déchire facilement et se laisse pénétrer par le doigt sans efforts. C'est ce que n'exprime pas le mot *hépatisation*, qui emporte avec lui l'idée de propriétés physiques toutes différentes. Cette objection de mon illustre collègue est des plus fondées; cependant je crois qu'on doit encore préférer l'expression *hépatisation* à toutes les autres, parce qu'elle donne à l'esprit une image plus exacte, plus complète, des nouvelles propriétés du tissu malade que ne le font les mots *endurcissement* ou *ramollissement*, qui n'emportent avec eux que l'idée d'une seule propriété.

Dans l'hépatisation rouge, ainsi que dans le troisième degré que je décrirai bientôt, le volume de l'organe paraît être augmenté.

(1) *Clinique*, 4e édit., t. I, p. 460.

Laennec (1) et M. Andral pensent toutefois que cette augmentation de volume n'est qu'apparente; elle dépendrait, suivant ces éminents auteurs, de ce que le poumon, étant privé d'air, ne s'affaisserait plus au moment où l'on ouvre la poitrine, comme cela arrive pour celui qui est sain; Broussais, au contraire, et plusieurs de ses élèves, ont cité des cas où les poumons hépatisés avaient tellement augmenté de volume que l'impression des côtes était marquée à leur surface (2). Laennec a mis en doute l'exactitude de ces faits. Suivant lui, il est impossible que, dans une conformation régulière du thorax, le poumon hépatisé porte l'empreinte de la pression des côtes, car, dit-il, à la face interne de la poitrine ces os sont absolument sur le même plan que les muscles intercostaux, et ces derniers, quand ils se contractent, offrant une résistance à peu près égale à celle des côtes, il s'ensuit que celles-ci ne peuvent faire saillie à l'intérieur.

Malgré ces raisons, qui d'ailleurs ne sont que spécieuses, je ne crois pas qu'on puisse rejeter la possibilité de l'impression des côtes sur la surface des poumons hépatisés. On en cite des exemples très-authentiques. J. P. Frank (3), Rasori (4), Pinel et Bricheteau disent l'avoir constatée plusieurs fois (5). M. le docteur Scoutteten a également rapporté (6) l'observation d'un individu qui, ayant succombé à une pneumonie droite, présenta à l'autopsie, sur la partie hépatisée, l'empreinte de six côtes; la partie qui était en rapport avec ces arcs osseux était un peu déprimée, la plèvre correspondante semblait plus épaisse, les intervalles étaient bombés, rouges, fortement injectés. M. Laurence a cité un cas semblable (7), Sestier a vu la même disposition sur deux poumons de nouveau-nés (8), et M. Fearnside en a rapporté deux autres (9). Disons pourtant que ces faits sont extrêmement rares, et qu'il y a certaines dispositions des parties qui peuvent aisément en imposer. C'est ainsi qu'à l'ouverture du thorax d'un individu qui avait succombé à une pneumonie, je trouvai une impression de quatre côtes sur la

(1) *Traité de l'auscultation*, t. I, p. 492, 4e édit.

(2) *Examen des doctrines*, t. II, p. 718.

(3) *Traité de médecine pratique*, édition Goudareau, t. I, p. 159.

(4) *Théorie de la phlogose*, trad. de l'italien, par S. Pirondi. Paris, 1839, t. II, p. 85.

(5) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XLIII, p. 429.

(6) *Journ. gén.*, t. LXXV, p. 69.

(7) *L'Expérience*, année 1840.

(8) *Leçons de clinique médicale*, t. III, p. 13.

(9) *Medical Times and Gazette*, 1852.

surface de la portion hépatisée. Cependant en explorant plus attentivement il fut facile de me convaincre que les côtes n'avaient point marqué *sur le poumon lui-même;* mais un épanchement albumineux de plus de 5 millimètres s'étant formé au niveau des parties malades, les côtes s'étaient imprimées *seulement sur cette substance molle*, comme ils l'eussent fait sur de l'argile ou de la cire. Ainsi ce fait, qu'on aurait pu prendre comme exemple d'impression des côtes sur le poumon s'il eût été légèrement observé, ne prouve autre chose, sinon que l'opinion de Laennec, qui veut que les côtes ne fassent aucune saillie à l'intérieur de la poitrine, et qui tend à regarder les muscles intercostaux comme capables de résister autant que ces arcs osseux, n'est point fondée.

Il est encore une autre cause d'erreur qui pourrait faire croire à l'impression des côtes sur un poumon hépatisé. Dans les cas, en effet, où le viscère, adhérant de toutes parts, est arraché en même temps que les deux feuillets de la plèvre qui sont confondus, on trouve quelquefois à la surface de l'organe des saillies et des enfoncements correspondant aux espaces intercostaux et aux côtes. Mais en détachant alors la plèvre du poumon, on trouve que celui-ci offre une surface unie; les inégalités étaient donc extérieures et dépendaient uniquement de la plèvre. J'ai observé un fait semblable, et M. le docteur Woillez en a rapporté un autre (1).

J'admets donc que, dans l'hépatisation rouge, le poumon est augmenté de volume, ce qui, d'ailleurs, est conforme à ce qu'on voit pour tous les autres organes frappés d'inflammation phlegmoneuse. Convenons pourtant avec M. Cruveilhier (2) que l'intumescence est relativement moins considérable pour les poumons que pour d'autres organes dont la texture est tout autre, pour le foie, pour le rein ou le testicule, par exemple. Le poumon, en effet, est constitué par des myriades de petites cavités que l'inflammation comble; c'est surtout, et presque toujours exclusivement, aux dépens de la cavité des vésicules que se fait l'augmentation de volume; celle-ci ne peut être appréciée à l'œil. S'il est si rare de voir l'impression des côtes sur le poumon induré, cela ne tiendrait-il pas à la mobilité des parois de la poitrine, aux changements fréquents dans le rapport des surfaces pendant l'inspiration et l'expiration; et puis enfin la poitrine renfermant des parties molles, plus dépressibles que les parois thoraciques, on conçoit que l'ampliation se fasse plutôt aux dépens des premières que des secondes.

(1) *Rech. prat. sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, p. 387.
(2) *Traité d'anatomie decriptive*, t. III, p. 442, 2e édit.

J'ai déjà dit que le poumon hépatisé devenait beaucoup plus lourd ; cette augmentation de poids est quelquefois très-considérable. L'organe qui, à l'état sain, pèserait en moyenne, d'après Huschke, 680 grammes chez l'homme adulte et 512 chez la femme(1), pourrait, lorsqu'il est hépatisé, acquérir un poids de 2000 grammes. Je l'ai vu, dans un cas, s'élever jusqu'à 2500 ; mais pour qu'il en soit ainsi, il faut que l'hépatisation occupe la totalité du poumon.

L'hépatisation offre à peu près les mêmes caractères, quel que soit l'âge des individus. Valleix avait dit que chez les nouveau-nés le poumon induré, au lieu de présenter à l'incision ou après la déchirure de son tissu, les granulations qui sont si constantes chez l'adulte, n'offrait qu'une surface nette, luisante, ayant l'aspect d'un morceau de marbre poli (2). Cette opinion n'est point fondée. Dans l'hépatisation *lobaire* des enfants les plus jeunes, j'ai constaté, en effet, des granulations ; parfois elles étaient peu nombreuses, très-petites, mais néanmoins elles étaient distinctes; et si dans quelques cas elles faisaient défaut à la surface des incisions, elles devenaient toujours très-apparentes dès que je déchirais le parenchyme pulmonaire.

Chez les vieillards, l'hépatisation rouge ne diffère pas non plus très-notablement de ce que nous l'avons vue chez l'adulte; chez le premier pourtant les granulations paraissent parfois un peu plus volumineuses, ce qui tient sans doute à l'ampleur plus considérable des vésicules pulmonaires à cette période de l'existence.

Hourmann et M. Dechambre avaient, dans leurs importantes études (3), émis l'opinion que les granulations qui sont un caractère anatomique si constant de l'hépatisation rouge faisaient fréquemment défaut dans la pneumonie des vieillards, soit qu'on incisât, soit qu'on déchirât le parenchyme pulmonaire; cet aspect si différent de la surface dénoterait, d'après eux, que la phlegmasie n'aurait pas le même siége. Celle-ci a-t-elle envahi les vésicules, les a-t-elle oblitérées et solidifiées, on observerait à la déchirure ou à la coupe des parties malades les granulations caractéristiques ; mais si ces mêmes surfaces sont *planes*, on devrait penser que le travail phlegmasique a exclusivement occupé le tissu cellulaire extra-vésiculaire.

Il me paraît difficile à priori d'admettre une pareille circonscription de la phlegmasie pulmonaire. Nous croyons que les médecins

(1) Léon Le Fort. Thèse de Paris, année 1858.

(2) *Clinique des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, p. 49.

(3) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. X, p. 273.

distingués dont je cite les travaux ont confondu avec l'hépatisation la lésion que nous décrirons plus tard sous le nom de *splénisation*, et qui, plus fréquente aux deux extrêmes de la vie, mérite d'être soigneusement distinguée de l'espèce d'induration que j'ai décrite. C'est cette confusion entre des lésions fort distinctes qui a fait dire aussi que le tissu hépatisé était plus résistant chez le vieillard que chez l'adulte, et que chez le premier on le voyait plus rarement gagner le fond du vase, lorsqu'on le plongeait dans l'eau.

Dans les pages qui précèdent, je n'ai guère décrit que l'aspect extérieur du poumon, que ce qui apparaît par un examen fait à l'œil nu. L'étude histologique permet de pénétrer plus avant. Nous avons dit précédemment que dans le premier degré, à la fin de la période congestive, il se faisait dans les vésicules et dans le tissu cellulaire ambiant une exsudation ; mais c'est alors une exsudation plutôt séreuse que plastique. Dans le second degré, c'est un produit plus consistant et plus facilement organisable qui s'infiltre ou s'épanche dans les tissus. Cette exsudation est surtout constituée ici, comme elle l'est presque toujours dans les autres organes, par des granulations fibrineuses, par des corpuscules granuleux décrits la première fois par Gluge. Cela forme un tout solide qui se moule particulièrement dans les vésicules agrandies. Il existe en outre beaucoup de granulations graisseuses. Il résulte en effet des recherches de M. le professeur Natalis Guillot (1), que la proportion de graisse que renferme le poumon et qui à l'état sain est d'environ 10 pour 100, peut s'élever à 50 pour 100 dans la pneumonie. La quantité du produit augmente en raison directe du degré de l'affection et de l'obstacle apporté à la respiration, par conséquent, la graisse atteint son chiffre maximum lorsque la maladie passe du deuxième au troisième degré, c'est-à-dire de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise.

Il est remarquable que, malgré ces produits d'exsudation, les fibres pulmonaires ne sont pas altérées ; elles deviennent apparentes par le lavage ; c'est ce que Gluge a démontré le premier (2), et suivant cet auteur, même dans la période suivante ou de suppuration, les fibres pulmonaires résisteraient encore à une destruction qu'on aurait pu croire à priori presque inévitable.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, année 1847.

(2) *Anat. microscop.*, 1838, cahier I, p. 60.

§ 3. — Troisième degré, ou hépatisation grise. — Ramollissement gris. — Infiltration grise, infiltration purulente.

Dans le troisième degré de la pneumonie, le poumon, aussi imperméable qu'il l'était tantôt, mais devenu plus friable encore, présente à la coupe et à la déchirure de son tissu les granulations caractéristiques dont j'ai longuement parlé plus haut, elles sont seulement d'un volume généralement plus considérable. A la coloration rougeâtre ou violacée du second degré a succédé ici une teinte grise ou jaunâtre. Celle-ci n'est pas uniforme d'emblée, mais elle commence par des points isolés, disséminés d'abord, puis de plus en plus confluents, d'où résulte bientôt une coloration uniforme d'un jaune-paille plus ou moins nuancée. Ces points grisâtres marquant le passage de la maladie au troisième degré sont produits par le pus qui infiltre l'organe ; l'incision ou la déchirure du tissu laisse d'ailleurs écouler ce liquide en quantité plus ou moins considérable. Il est parfois blanc, épais, phlegmoneux ; le plus ordinairement il est beaucoup moins consistant, de couleur grisâtre, parfois sanieux.

Il est aisé à la simple inspection de reconnaître les caractères du pus, et quoi qu'on en ait dit, le doute n'est jamais possible ; une accumulation insolite de graisse ne pourrait en imposer à personne. Rappelons pourtant ce que nous disions précédemment, que c'est dans un poumon en état d'hépatisation grise, que la graisse s'accumule en plus grande quantité.

L'examen microscopique fait aisément distinguer, dans la pneumonie au troisième degré, les deux ordres de globules purulents (les globules proprement dits et les pyoïdes) qu'on trouve dans tous les tissus suppurés, et qui ne sont en effet que deux degrés différents dans l'évolution du même produit pathologique. Ces globules se distinguent facilement des granulations et des vésicules graisseuses, des lamelles de cholestérine qui existent concurremment et en quantité variable.

Le tissu pulmonaire, on le comprend sans peine, macéré dans ces produits morbides, doit s'altérer et se détruire souvent. Cependant disons encore qu'il résiste à la destruction mieux que sa texture délicate ne l'aurait fait supposer à priori. J'ai cité, en effet, plus haut les observations de Gluge démontrant que même dans l'hépatisation grise, il n'y a pas destruction des fibres pulmonaires ; on comprend pourtant que la lésion arrivée à un certain degré doive

avoir ce résultat ; il est inévitable toutes les fois que la suppuration se réunit en foyer.

Les divers points du poumon qu'on trouve affectés à l'autopsie des individus qui succombent, n'ayant été généralement envahis que successivement, ou bien l'inflammation ayant suivi dans chacun d'eux une marche inégale, il s'ensuit que fréquemment on voit réunis deux et parfois même les trois degrés qui viennent d'être décrits. Si alors on incise profondément le poumon dans toute sa longueur, on trouve plusieurs colorations, plusieurs aspects différents, suivant la période à laquelle la phlegmasie est parvenue dans chacun de ces points. Voici d'ailleurs les altérations pulmonaires qui furent observées sur quarante individus chez lesquels la maladie eut une issue funeste :

1er et 2e degrés réunis chez.....	4
1er et 3e degrés réunis chez.....	3
2e et 3e degrés réunis chez.....	16
Les 3 degrés réunis chez.....	2
2e degré seul chez.....	7
3e degré seul chez	8

Comme je l'ai déjà dit, je n'ai jamais vu le premier degré, ou l'engouement, exister seul, comme lésion unique d'une inflammation pulmonaire *primitive*. Quelque courte qu'ait été la durée de la maladie, constamment j'ai trouvé, en même temps que le premier degré, une hépatisation rouge ou grise dans une étendue plus ou moins considérable. On conçoit pourtant qu'on pourrait bien ne rencontrer que de l'engouement inflammatoire, si, contrairement à ce qu'on voit communément, l'inflammation, envahissant à la fois la plus grande partie des deux poumons, emportait les malades en quelques heures, ou bien si ceux-ci périssaient victimes d'une maladie intercurrente qui n'aurait pas laissé le temps à la pneumonie de franchir le premier degré.

Tantôt chacun des degrés existe séparément et parfaitement distinct, d'autres fois deux degrés sont réunis, ou bien on observe dans des points intermédiaires le passage d'un degré à un autre plus avancé. C'est ainsi que, si dans une partie engouée on trouve çà et là quelques points plus résistants, plus friables, au niveau desquels se dessinent des granulations, on reconnaîtra que la pneumonie commence à passer du premier au deuxième degré. De même, si dans un lobe frappé d'hépatisation rouge, on rencontre des points jaunâtres opaques irrégulièrement disséminés, on peut annoncer que le troisième degré commence. C'est surtout alors, dit Laen-

nec (1), que le poumon, à raison du mélange de ces deux couleurs et des stries formées par la matière noire pulmonaire qui est surtout très-abondante chez les vieillards, offre tout à fait l'aspect de certains granits.

Il n'est pas rare de rencontrer autour des parties malades un engouement ou une sorte d'état œdémateux, analogue à celui qu'on voit si souvent à l'extérieur, dans le voisinage des phlegmons, surtout des phlegmons suppurés. Lorsque cet œdème se déclare dans des parties déclives, il est alors impossible de faire la part de l'inflammation et celle de la pesanteur. Chez trois individus pourtant qui succombèrent à une hépatisation du lobe supérieur, l'altération n'avait pas encore envahi le sommet de ce lobe dans l'étendue de 3 à 4 centimètres, et néanmoins cette partie de l'organe était pénétrée de sérosité, à un point tel, que comprimée avec les doigts elle en conservait l'impression comme dans un œdème ordinaire; le tissu pourtant n'était pas friable. Il n'existait ici qu'un engouement qui était manifestement indépendant de la position du cadavre, puisqu'il occupait le point le plus élevé de la face antérieure du poumon; il était plutôt symptomatique de l'inflammation voisine, qui avait produit cet effet, probablement en raison de la gêne apportée à la circulation.

Les lésions inflammatoires du poumon occupent une étendue plus ou moins considérable. Quinze fois elles étaient bornées à l'un des lobes. La scissure qui les sépare isolait alors parfaitement les parties saines des parties malades. Dans tous les autres cas, l'altération avait franchi cette limite, mais, même alors, il semblait que la scissure interlobaire avait eu pour effet de retarder la marche de la maladie. A l'exception de trois individus, chez tous ceux dont la pneumonie avait envahi à la fois les lobes inférieur et supérieur, on trouvait que l'inflammation était arrivée à des périodes différentes dans chacune de ces parties; la scissure était presque toujours le point qui marquait la transition d'un degré à un autre.

Il est très-rare de voir un poumon frappé tout entier d'hépatisation rouge ou grise; il en était ainsi chez quatre de ceux qui ont succombé. Cependant, chez deux d'entre eux le bord antérieur de l'organe, dans toute sa longueur et dans une étendue transversale de 3 à 4 centimètres, était encore souple et crépitant. Ce point est en effet la partie du poumon qui est le plus rarement envahie par le travail inflammatoire; c'est ce que j'établirai plus tard. Chez

(1) *Traité de l'auscultation*, t. I, p. 500, 4e édit.

deux des individus dont un des poumons était ainsi hépatisé, dans sa presque totalité on trouvait en outre le lobe inférieur du poumon opposé frappé de pneumonie au premier et au deuxième degré, de telle sorte que dans les derniers temps de la vie il n'y avait guère que le quart des poumons qui fût encore intact et qui pût servir aux besoins de la respiration. C'est communément chez les enfants et chez les vieillards qu'on a observé des pneumonies aussi étendues. En consultant Valleix (1), on trouve que cet habile observateur aurait fréquemment rencontré chez les nouveau-nés les deux poumons presque entièrement affectés; neuf fois sur quinze, la phlegmasie occupait une étendue considérable; et dans cinq cas, il y avait à peine le cinquième des poumons qui fût encore perméable à l'air.

Nous croyons pourtant que les observations de Valleix sont peu concluantes, parce qu'il n'a pas distingué la pneumonie lobaire de la splénisation. Quoi qu'il en soit, il est vrai de dire que chez les enfants les lésions pulmonaires de nature inflammatoire occupent communément une grande surface, et je ne saurais admettre avec Billard qu'à cet âge la pneumonie soit *ordinairement circonscrite* (2). Les faits réunis par ce médecin semblent, d'ailleurs, prouver le contraire, puisque sur les quatre cas qu'il a rapportés on ne trouve qu'un seul exemple de pneumonie circonscrite. Dans les trois autres on voit, soit un poumon, soit la moitié postérieure, soit un lobe entier être complétement hépatisé. Ce que je viens de dire pour les enfants à la mamelle s'applique aussi jusqu'à un certain point aux vieillards chez lesquels il n'est pas rare de voir tout un poumon frappé d'hépatisation grise, tandis que la moitié du poumon opposé présente en outre une inflammation au premier ou au deuxième degré.

Chez d'autres sujets, au contraire, qui ont succombé à la pneumonie, l'altération est limitée à un point plus ou moins circonscrit. Deux fois elle occupait à peine la cinquième ou la sixième partie d'un des poumons, et elle n'y dépassait pas le deuxième degré. L'altération semblait donc être insuffisante pour expliquer la mort des individus.

Je n'ai jamais trouvé d'hépatisation siégeant exclusivement au centre d'un lobe. Cependant dans deux cas l'altération n'arrivait pas tout à fait à la surface, les parties malades étaient recouvertes encore par une lame de tissu pulmonaire sain ayant de 4 à 5 milli-

(1) *Clinique des nouveau-nés*, p. 66.

(2) *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 513. Paris, 1838.

mètres d'épaisseur. Il est de même infiniment rare de voir l'hépatisation n'envahir sur une certaine surface que la partie la plus superficielle, l'écorce du poumon, s'il était permis de s'exprimer ainsi. J'ai trouvé cette disposition une seule fois, elle existait dans une étendue de 12 à 15 centimètres.

Dans la description qui précède, nous avons vu le pus être infiltré dans le tissu pulmonaire. Mais, ainsi qu'on le remarque dans les phlegmons dont la pneumonie n'est qu'une variété, le pus peut se réunir en foyer et former des collections plus ou moins considérables, ce sont les abcès du poumon dont nous parlerons bientôt.

Est-il possible de préciser quel est l'élément anatomique qui est primitivement ou spécialement affecté dans les trois premiers degrés de la pneumonie? Quelques auteurs ont tenté de le faire, mais non moins exclusifs dans leurs prétentions, les uns ont localisé la maladie dans les vésicules, les autres dans le tissu cellulaire intravésiculaire.

Quand on réfléchit à la structure du poumon, on conçoit difficilement à priori, que la phlegmasie puisse ainsi s'isoler dans des tissus si intimement unis ; d'ailleurs, l'examen anatomique me semble démontrer que la phlegmasie frappe à la fois les vésicules aussi bien que le tissu cellulaire ambiant. Cet aspect granulé que présente constamment le tissu pulmonaire hépatisé quand on l'incise ou quand on le déchire, est une preuve positive que les vésicules sont le siége d'un travail morbide. Leurs parois ne sont pas seulement injectées et épaissies, mais leur cavité est obstruée, distendue par les produits de l'inflammation, c'est ce qui explique leur volume, leur résistance, leur friabilité. D'autre part, comment nier l'altération du tissu cellulaire ambiant lorsqu'on voit au premier degré de la maladie ruisseler par l'incision une si grande quantité de sérosité sanguinolente, lorsque plus tard le poumon acquiert la dureté propre au phlegmon et lorsque enfin au troisième degré il s'infiltre de pus.

ARTICLE II.

ABCÈS DU POUMON.

Jusqu'à la fin du dernier siècle, les médecins ont indiqué les abcès du poumon comme étant une terminaison fréquente de la pneumonie ; c'est une pensée plusieurs fois exprimée dans les livres hippocratiques, mais on verra bientôt combien cette opinion est

erronée. J. P. Frank (1), l'un des premiers, protesta contre cette croyance et soutint qu'on prenait souvent pour des abcès dans les poumons des épanchements partiels dans les plèvres ou entre les lobes pulmonaires; opinion que confirmèrent plus tard les recherches d'anatomie pathologique faites par Bayle et Cayol (2). Ajoutons que dans leurs autopsies, les anciens avaient en outre pris pour des abcès des poumons, le ramollissement d'une masse plus ou moins considérable de tubercules, et même certaines formes de dilatations bronchiques. Donnant dans un excès contraire, d'autres ont nié la possibilité des abcès pulmonaires. On a cité Bichat comme ayant professé cette opinion (3); mais j'ai vainement cherché dans les ouvrages de cet illustre physiologiste le passage sur lequel on s'est fondé pour l'accuser d'une pareille erreur.

Aujourd'hui les hommes les plus versés dans les recherches d'anatomie pathologique sont unanimes pour regarder les véritables collections de pus dans le parenchyme pulmonaire comme possibles, mais aussi comme étant une des altérations qu'on a le plus rarement occasion d'observer. Laennec (4) nous dit que sur plusieurs centaines d'autopsies de péripneumonies faites dans l'espace de plus de vingt ans, il ne lui est pas arrivé plus de cinq ou six fois de rencontrer des collections de pus dans les poumons. Dans un seul cas, le foyer purulent était assez considérable pour admettre l'extrémité de trois doigts réunis; chez tous les autres sujets, les abcès étaient peu volumineux et dispersés dans le tissu hépatisé. Chomel (5), dans le cours d'une pratique de vingt-cinq ans, n'a rencontré que trois fois des collections de pus dans le parenchyme pulmonaire. M. Andral (6) n'en a vu qu'une seule fois. M. Louis, qui a ouvert un si grand nombre de cadavres et qui a exploré avec un soin si parfait l'état de tous les viscères, m'a dit n'avoir rencontré qu'un seul cas d'abcès pulmonaire; et moi-même, pendant une observation de trente années dans les hôpitaux, il ne m'a été donné qu'une seule fois de voir une collection purulente formée dans le tissu du poumon, après une pneumonie aiguë primitive.

Plusieurs médecins étrangers ont émis pourtant des opinions qui

(1) *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 165, trad. de Goudareau. Paris, 1842.

(2) *Bibliot. méd.*, t. XL, p. 264.

(3) *Ibid.*, t. LXV. Mémoire de Lallemand.

(4) Tome I, p. 503.

(5) *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., t. XXV, p. 151.

(6) *Clinique médicale*, 4e édit., t. III, p. 467.

sont contraires à celles de la plupart des auteurs français. Ainsi le docteur A. Crichton (1) et le professeur Himly (de Gœttingue) (2), ont prétendu que les abcès du poumon, loin d'être rares comme on l'a dit, se remarquaient au contraire dans plus de la moitié des pneumonies dont on avait négligé le traitement. Hippocrate, dans certains passages de ses immortels écrits, avait signalé aussi la fréquence des vomiques en Grèce. Ces résultats si différents de ce que nous voyons ici, dépendraient-ils d'une influence de climat, et faudrait-il en conclure que les pneumonies se terminent plus souvent par abcès dans le nord et dans le midi de l'Europe que dans notre pays? Je ne le crois pas. J'ai interrogé sur ce point des médecins qui pratiquaient dans la Finlande, dans la Suède, dans la Pologne prussienne et dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg, et il résulte de leurs témoignages que les abcès pulmonaires sont aussi rares dans leur patrie que chez nous. On peut se convaincre par les ouvrages publiés en Angleterre sur les maladies de poitrine, qu'à Londres comme à Dublin les abcès pulmonaires sont non moins rares qu'à Paris. Ceux qui ont cru le contraire ont pris sans doute pour des abcès du poumon des empyèmes qui se sont fait jour par les bronches (3).

Il est donc extrêmement rare que le pus infiltré dans le parenchyme pulmonaire se réunisse en foyer. Pour expliquer cette rareté, les uns ont invoqué la structure des poumons dont le parenchyme est formé d'éléments divers et résistants, dont les vésicules, pressées les unes contre les autres, semblent se prêter un mutuel appui, et cèdent ainsi plus difficilement à l'effort que fait la matière purulente infiltrée pour se réunir en foyer. D'autres, moins bien inspirés peut-être, disent que si les abcès sont si rares dans les poumons, cela tient à la facilité avec laquelle le produit morbide peut être éliminé par les bronches. Je crois inutile de discuter ici la valeur de ces opinions; car on verra plus tard que la rareté des abcès pulmonaires s'explique plus naturellement par la marche rapide de l'affection qui guérit vite ou qui tue en peu de jours.

L'étude anatomique des abcès pulmonaires que je vais faire sera fondée sur l'analyse de vingt-neuf observations. J'en dois quatre à

(1) *Practical observ. on the treatment of the several varieties of pulmonary consomption*, p. 154, London, 1825.

(2) Laennec, t. I, p. 305.

(3) Chambers, *Med. chir. Review*, new serie, vol. VIII, p. 138, ann 1828. — *Cyclopedia of pract. med.*, vol. III, art. PNEUMONIA. — Stokes, *A treatise of the Chest*. Dublin. — Walshe, *The diseases of the Lungs*, 3e édit., London, 1860.

l'obligeance de MM. les docteurs Barth et Noël Gueneau de Mussy ; les autres, à l'exception d'une seule que j'ai recueillie moi-même, sont consignées dans divers ouvrages publiés en France et en Angleterre.

Je dois avant tout prévenir le lecteur que, dans la description qui va suivre, je parlerai seulement des abcès pulmonaires qui succèdent à la pneumonie aiguë, et qu'il ne sera nullement question de ces abcès, si fréquents et si nombreux, qui criblent le poumon et beaucoup d'autres organes dans le cours des phlébites suppurées. Ce sont là, en effet, des lésions essentiellement distinctes des abcès phlegmoneux ; ils seront examinés à part. Il en sera de même des foyers qui, formés plus ou moins loin des poumons, finissent par contracter adhérence avec eux, puis les pénètrent, les enflamment à leur tour et y creusent une cavité parfois très-vaste ; ce sont là des espèces d'abcès par congestion auxquels quelques pathologistes ont donné le nom d'abcès *perforants*.

Abcès pulmonaires primitifs. — Les abcès consécutifs à la pneumonie aiguë, offrent entre eux de grandes différences sous le rapport de la profondeur à laquelle ils sont placés, de leur étendue, de la quantité et de la qualité du pus qu'ils renferment, de l'état des parois qui les circonscrivent, etc.

Lorsqu'un abcès d'un certain volume existe dans un poumon hépatisé, on peut souvent le deviner si, en touchant le viscère, on constate sur sa surface un point moins résistant, plus ou moins fluctuant ; douze fois sur dix-sept, le foyer était en effet superficiel et atteignait le tissu cellulaire sous-pleural; cinq fois il était situé plus profondément, occupant même le centre d'un des lobes. Si l'abcès est superficiel, la fluctuation est manifeste et la plèvre à ce niveau peut présenter une couleur grisâtre, jaune ou rougeâtre, dépendant surtout des qualités du pus contenu dans le foyer et qu'on aperçoit par transparence des tissus.

Lorsque la plèvre présente ainsi une coloration insolite, son tissu est déjà plus ou moins altéré ; elle est amincie, ramollie, plus friable, ou bien elle est frappée de mortification. Dans ces cas, il suffit, pour déchirer une paroi aussi frêle, d'exercer une légère pression sur l'abcès ou d'imprimer une secousse au cadavre.

L'abcès peut être très-petit, n'avoir, par exemple, que 5 ou 7 millimètres. Dans ce cas, il est rare qu'on n'en compte pas plusieurs autres disséminés au milieu de l'hépatisation grise. Ces petites collections purulentes, du volume, par exemple, d'une petite noisette, se forment plus facilement chez les vieillards, à cause de la raréfaction du tissu pulmonaire à cet âge, et parce que les parois des

cellules amincies se déchirent chez eux plus facilement que chez l'adulte. Quoi qu'il en soit, il est rare que les abcès du poumon aient moins de 3 centimètres en surface; ils en ont le plus souvent 12; il en est même qui sont plus vastes encore; dans un fait cité par M. Pointe (1), le foyer avait 15 centimètres en hauteur et 6 en largeur. Si tout un lobe est envahi, l'excavation pourrait avoir plus de 18 centimètres.

En général, la cavité d'un abcès pulmonaire n'est pas régulière; elle est plus ou moins anfractueuse et inégale, elle est parfois traversée, sillonnée par des brides flottant dans l'intérieur du foyer, formées par des ramifications bronchiques ou vasculaires, encore reconnaissables, ou par des fragments de tissu cellulaire ou pulmonaire infiltrés de pus, lésion sur laquelle je reviendrai plus tard. Les parois sont tantôt inégales, ramollies, formées uniquement et sans intermédiaire par du tissu hépatisé, à la surface duquel on peut voir l'orifice béant d'un nombre de bronches plus ou moins considérable. D'autres fois, au lieu d'offrir la disposition que j'indique, la cavité de l'abcès est tapissée par une fausse membrane qui s'organise avec une rapidité surprenante; c'est ainsi que chez l'individu dont j'ai recueilli l'histoire et qui succomba au septième jour, la cavité, à part les parties les plus anfractueuses où le tissu pulmonaire était immédiatement baigné par le pus, présentait partout ailleurs une fausse membrane grisâtre, ayant environ un demi-millimètre d'épaisseur, assez dense, élastique dans quelques points, tandis que moins avancée dans plusieurs autres, elle était molle, friable et se réduisait facilement par la pression des doigts en une matière pultacée, grisâtre et inodore. Laennec, Chomel, M. Stokes ont également rencontré des abcès enkystés. Mais il me serait impossible de préciser en quelle proportion ces derniers existent, cela tient à l'insuffisance des descriptions que les auteurs nous ont laissées. Je dirai pourtant que dans les cinq cas qui ont été recueillis par MM. Barth, Gueneau de Mussy et par moi, une fausse membrane a existé manifestement chez trois. Dans les cas qui se terminent d'une manière favorable, l'organisation d'une fausse membrane doit être le premier phénomène, puis la caverne se cicatrise suivant un mécanisme qui doit peu différer de celui que la nature emploie le plus souvent pour la guérison de certaines cavernes. M. Stokes en a peut-être donné un exemple dans une observation que je rapporterai plus tard.

Il n'est pas rare de trouver les parois du foyer frappées de gangrène; elles sont alors remarquables par un détritus noir ou brun,

(1) *Journal général*, t. LXXXV, p. 295.

pouvant s'étendre à une profondeur de 2 à 14 millimètres, elles exhalent l'odeur de pourriture propre à la gangrène pulmonaire. Cette complication paraît avoir été observée quatre fois dans les cas que j'analyse.

L'abcès formé dans les poumons peut consécutivement provoquer une pleurésie tantôt circonscrite, parfois très-étendue, soit par l'extension de la phlegmasie à la séreuse, soit par la rupture du foyer dans la cavité de celle-ci. On a même vu l'abcès se faire jour dans le péricarde (1), plus souvent il communique plus ou moins largement avec les bronches. La communication du foyer avec la plèvre n'a pas pour effet constant, ni peut-être même le plus ordinaire, de produire un pneumo-thorax. Cet accident doit être plus rare après les abcès que lorsque des foyers apoplectiques, gangréneux ou tuberculeux, se font dans la plèvre. Car dans le premier cas, le travail inflammatoire a eu pour effet ordinaire d'oblitérer les vésicules et les bronches les plus ténues; d'ailleurs, on comprendra que la pseudo-membrane qui existe si souvent dans le foyer puisse en quelque sorte isoler celui-ci complétement.

Les matières contenues dans l'abcès varient beaucoup. Dans la moitié des cas, le pus était blanc, épais, inodore; il avait toutes les qualités d'un pus louable et franchement phlegmoneux. Ailleurs ce liquide était gris ou rougeâtre, floconneux, inodore ou fétide. On rencontrait parfois mêlés au pus des fragments opaques semblables à ceux qu'on voit dans les abcès sous-cutanés, ce sont des débris de tissu cellulaire mortifié. Robert (2), trouva dans un foyer purulent du poumon assez vaste pour loger le poing, un gros lambeau qui flottait dans la cavité; c'était un fragment du poumon dont la trame celluleuse seule avait résisté au travail de suppuration. Ailleurs on a trouvé dans le foyer une substance molle, infiltrée de pus, d'une odeur fade, que sa structure aréolaire a fait reconnaître pour être aussi une portion de poumon séparée, éliminée en quelque sorte par le travail de suppuration. Lallemand a rapporté un exemple semblable (3), et M. N. Gueneau de Mussy m'en a communiqué un autre assez analogue. Sur une vieille femme de la Salpêtrière qui succomba à une pneumonie pendant l'hiver de 1836, cet habile médecin trouva le lobe supérieur du poumon

(1) *Bulletins de la Société anat.*, 28e ann., 1853, p. 356. Observations de M. Bidard.

(2) *Bulletins de la Société anat.*; — *Nouv. bibliot. méd.* de 1828, t. I, p. 69.

(3) *Bibliot. méd.*, vol. LXV, observ. 2e de son *Mémoire sur les abcès pulmonaires.*

gauche frappé d'hépatisation grise, et une incision faite sur un point de cette surface où la plèvre présentait une tache jaunâtre, ovalaire, ayant environ 25 centimètres verticalement et 15 transversalement, permit de pénétrer dans une cavité pleine de pus, assez spacieuse pour pouvoir loger une noix, au centre de laquelle existait une masse spongieuse, grisâtre, infiltrée de pus et adhérant encore au reste de l'organe par des prolongements cylindriques qui étaient formés par des vaisseaux oblitérés. Ce noyau spongieux fut facilement reconnu pour être un fragment de tissu pulmonaire, il était gris, mou, offrant encore une certaine ténacité, il n'exhalait aucune odeur gangréneuse; cependant cette partie ne vivait plus, et il était naturel de regarder sa mortification comme ayant été produite par l'oblitération des vaisseaux; c'était, à vrai dire, une espèce de gangrène sèche du poumon.

On peut rapprocher de ces faits une variété plus rare encore d'abcès pulmonaire qu'on pourrait appeler *disséquant*, et dont jusqu'à présent il n'existe, je crois, qu'un seul exemple dans la science; il a été publié par W. Stokes, en 1833 (1). A l'ouverture du cadavre d'un jeune homme mort d'une pneumonie qui occupait le lobe inférieur du poumon gauche, on constata que celui-ci représentait extérieurement une sorte de sac renfermant une matière dont la couleur jaune était très-visible par transparence de la plèvre pulmonaire. En l'ouvrant, on trouva le tissu pulmonaire complétement disséqué et séparé de son feuillet pleural par de la suppuration. Les tissus cellulaires interlobulaire et intervésiculaire étaient, comme le tissu cellulaire sous-pleural, également suppurés, et le pus avait opéré une dissection si complète des lobules et des vésicules, que tout ce lobe était converti en un faisceau de petites grappes formées par les lobules et suspendues par leur pédicule bronchique dans la matière purulente.

Lorsque l'abcès a succédé à une cause traumatique, on peut trouver dans le poumon le corps étranger qui en a provoqué la formation. Celui-ci se rencontre communément dans le foyer lui-même. Mais quelquefois il faut le chercher dans un point plus ou moins éloigné de la collection purulente. Un os de poulet du poids de 3 décigrammes ayant pénétré dans les voies aériennes par l'ouverture supérieure du larynx (2) provoqua une série d'accidents qui finirent par emporter le malade, trois mois après l'introduction du corps étranger; à l'autopsie, celui-ci fut trouvé dans la

(1) *Dublin journal*, mars 1833, n° 7.

(2) *Edinburg Med. and. surg. Journ.*, V, XXXV, année 1831.

bronche droite qui communiquait avec un vaste abcès du poumon correspondant, contenant 625 grammes d'un pus brunâtre et fétide.

L'abcès pulmonaire occupe presque toujours le centre d'une hépatisation rouge ou grise assez étendue pour pouvoir expliquer à elle seule la mort des individus Ce fait est donc en opposition avec ce qu'on dit généralement, que pour qu'une pneumonie se termine par la formation d'un abcès il faut que l'inflammation soit bornée à une espace assez circonscrit.

La formation des foyers purulents du poumon et leur agrandissement doit se faire d'après le même mécanisme que pour les abcès des autres parties du corps, c'est-à-dire qu'il y a tantôt un seul foyer qui s'étend peu à peu du centre à la périphérie ; ailleurs il existe des foyers isolés qui convergent les uns vers les autres en détruisant les parties intermédiaires. Une des observations que je dois à l'obligeance de M. Gueneau de Mussy semble prouver que tel est, en effet, le mécanisme de la formation de certains foyers.

On a vu des abcès dans les poumons à tous les âges de la vie, mais d'une manière pourtant assez inégale. Il résulte, en effet, de l'analyse des observations que j'ai réunies, que les collections purulentes des poumons se remarquent en nombre plus considérable au delà de cinquante ans, et que cette proportion augmente dans la vieillesse confirmée, c'est-à-dire après soixante et dix ans (1). Il est, par contre, à remarquer que la pneumonie du jeune âge se termine très-rarement par abcès. MM. Rilliet et Barthez ne l'ont vu que deux fois (2) ; M. Berton est le seul peut-être qui ait soutenu une opinion contraire (3) ; mais il ne l'appuie sur aucun fait positif, et la lecture de son livre m'a donné à penser que l'auteur pourrait bien avoir pris pour des abcès pulmonaires des tubercules ramollis, erreur fréquemment commise autrefois.

Je ne parle ici que de la vie extra-utérine, car, pour le fœtus, il en est tout autrement : les abcès pulmonaires sont, en effet, chez

(1) Les 25 cas d'abcès pulmonaires dans lesquels on a tenu compte de l'âge, ont été répartis de la manière suivante :

Au-dessus de 70 ans	8	malades.
De 50 à 58	4	—
De 45 à 49	3	—
De 31 à 36	5	—
De 16 à 26	4	—
Enfant âgé de 4 ans	1	—

(2) *Maladies des enfants*, 2e édit., t. I, p. 516.

(3) *Maladies des enfants*. Paris, 1837, p. 193.

lui une lésion beaucoup moins rare. Mais ces abcès développés pendant la vie intra-utérine sont-ils l'expression d'une phlegmasie légitime, ou bien, comme l'ont pensé MM. les professeurs P. Dubois et Depaul, ces collections seraient-elles une manifestation de syphilis constitutionnelle (1)? C'est là une question non encore résolue. Quoi qu'il en soit, c'est un fait digne d'être noté que cette tendance qu'a le poumon du fœtus à suppurer. Cet organe n'ayant, pendant la vie intra-utérine, aucune fonction importante à remplir, on s'explique à la rigueur pourquoi l'inflammation qui l'envahit peut parcourir toutes ses phases sans amener la mort. Beaucoup de ces enfants, bien qu'ayant les poumons criblés d'abcès, naissent pourtant avec les apparences de la force et d'une bonne constitution; mais, à peine nés, ils succombent, parce que l'organe est impuissant à remplir ses fonctions.

Siége. — Les abcès sont-ils plus communs dans l'un ou l'autre poumon? Siégent-ils plus souvent dans le lobe supérieur ou dans le lobe inférieur, comme Stokes l'a supposé (2)? Les faits sont trop peu nombreux encore pour résoudre cette question d'une manière définitive; cependant ceux que nous possédons tendraient à faire supposer que les abcès ont plus de tendance à se former dans le poumon gauche que dans le poumon droit. En effet, sur 27 abcès pulmonaires que j'ai réunis, j'en trouve 11 siégeant à droite et 16 à gauche; différence qui paraîtra d'autant plus grande si l'on se rappelle la prédominance de la pneumonie dans le poumon droit.

Les mêmes faits tendraient aussi à faire admettre que la pneumonie du sommet se terminerait par abcès plus souvent que celle de la base; c'est ainsi qu'une collection purulente a été trouvée 12 fois dans le lobe supérieur contre 9 fois dans le lobe inférieur; différence qui serait presque insignifiante si toutes les parties des poumons étaient également prédisposées à l'inflammation; mais, en se rappelant que les pneumonies de la base sont à celles du sommet comme 4 est à 3, on trouvera que les différences indiquées par les chiffres précédents sont plus grandes qu'on ne le supposerait tout d'abord (3).

Circonstances qui parfois ont fait croire à l'existence d'abcès pulmonaires. — Après avoir décrit anatomiquement les abcès du pou-

(1) *Gazette médicale*, années 1850 et 1851.

(2) *Loc. cit.*, p. 314.

(3) Sur 26 cas d'abcès pulmonaires qui ont pu me servir à étudier la question de siége, 12 occupaient le lobe supérieur, 9 le lobe inférieur, 1 fois le lobe moyen, et chez 4 des abcès multiples existaient dans un ou plusieurs lobes à la fois.

mon, je dois indiquer, en terminant, quelques lésions qui en ont imposé parfois aux médecins en leur faisant admettre à tort que des collections purulentes s'étaient formées dans les poumons, tandis que leur siége était souvent très-différent.

Ainsi que je l'ai déjà dit, on a pris très-souvent pour des abcès des poumons de simples épanchements développés entre les lobes de ces organes; il suffit d'être prévenu de cette possibilité pour éviter facilement l'erreur; car, en incisant le poumon de haut en bas, en vidant le foyer et en détachant les fausses membranes qui tapissent la plèvre interlobaire enflammée, il sera aisé de reconnaître que le tissu du poumon a été simplement comprimé, mais qu'il n'a subi aucune altération. Est-il besoin aujourd'hui de prémunir les observateurs contre une erreur plus grossière encore que la précédente : ce serait de prendre pour un abcès du poumon certaines formes de dilatation des bronches, la dilatation en ampoule. Dans ce cas, si l'on incise la bronche dans toute sa longueur, on verra qu'il existe une continuité parfaite de tissu entre le point dilaté et ceux où la bronche a conservé son calibre.

Une caverne tuberculeuse pourrait-elle simuler un abcès du poumon, et réciproquement? Nul doute qu'on ait souvent commis cette méprise. Je crois, en effet, que cette suppuration des poumons, que Dazile a décrite comme particulière aux nègres, n'est autre chose que la phthisie pulmonaire (1). Une pareille erreur est impossible aujourd'hui. Pour l'éviter, il suffirait de remarquer que, dans les cas de cavernes, les parois sont indurées, farcies de tubercules à divers degrés d'évolution, et tapissées par une membrane d'une date évidemment ancienne. Mais si, comme M. Louis en rapporte un exemple (2), il n'existe qu'une seule excavation dans le poumon, sans trace de tubercules ou de granulations, le problème pourrait être difficile à juger; pour le résoudre, on devrait rechercher les lésions concomitantes, et s'éclairer souvent par la marche de la maladie et par la nature des symptômes observés pendant la vie. Signalons encore comme dernière source d'erreur les abcès qu'on produit artificiellement après la mort lorsqu'on exerce sur certains points du poumon très-ramollis une pression un peu forte, comme lorsqu'en cas d'adhérence de la plèvre, on est obligé de faire des efforts afin d'extraire les organes de la cavité thoracique. Ces collections ainsi artificiellement formées ne sont jamais entourées de fausses membranes, et elles contiennent à la

(1) *Observations sur les maladies des nègres.* Paris, 1776, p. 132.

(2) *Recherches sur la phthisie*, p. 23, obs. III, 2e édit.

fois du pus et de la substance pulmonaire réduite en détritus. Elles occupent d'ailleurs le point précis sur lequel les doigts ont appuyé fortement. Enfin, en cas de doute, il est souvent possible, en exerçant une semblable pression sur une autre portion du poumon affectée au même degré, d'y déterminer une collection purulente tout à fait semblable à la précédente. J'ai trouvé plusieurs fois des abcès du poumon qui avaient été certainement produits suivant le mécanisme que je viens d'indiquer.

Abcès pulmonaires consécutifs ou par perforation. — Les archives de la science contiennent un assez grand nombre d'exemples d'abcès des poumons, qui sont symptomatiques de l'altération d'un organe plus ou moins éloigné. C'est ainsi qu'on a vu des abcès primitivement formés dans le foie, dans la rate, dans les reins, dans les épiploons, dans les parois abdominales ou dans les médiastins; on a vu des abcès enfin produits par une carie vertébrale se faire jour dans les poumons et y creuser des excavations plus ou moins nombreuses et profondes. J'ai réuni quatorze faits de ce genre, épars dans les auteurs, et voici les considérations anatomiques qui résultent de leur étude et de leur comparaison.

Le poumon, au niveau de l'abcès, a contracté des adhérences avec les parties voisines, dans une étendue plus ou moins considérable. Lorsque c'est un abcès du foie qui s'est fait jour dans les bronches, on trouve le lobe inférieur du poumon droit uni au diaphragme par des adhérences plus ou moins anciennes (1). Si l'abcès est l'effet d'une maladie de la rate ou des reins, il siégera dans le lobe inférieur du poumon gauche, qui aura contracté avec le diaphragme les mêmes adhérences que précédemment (2). Les abcès des médiastins, ceux qui sont symptomatiques d'une carie vertébrale, peuvent s'ouvrir indifféremment dans l'un ou l'autre lobe, suivant la hauteur à laquelle est placée l'altération organique qui les a produits (3).

Le lobe du poumon dans lequel l'abcès intérieur s'est ouvert peut présenter une fluctuation manifeste si la collection purulente

(1) Voyez entre autres exemples, dans Stokes, *Diss. of the Chest*, p. 362 et 366. — Kunde (de Berlin), *Gaz. méd.* 1837, p. 358. — Pepper, *The americ. Journ.*, febr. 1838. — Idem, 1837. — Haspel, *Maladies de l'Algérie*, t. I, p. 166.

(2) Lepneveu, thèse inaugurale, 1841. — De Haen, *Prat. med.*, cent. I, § 5, p. 9. — Othmarheer, *Dissertatio de rerum morbis*. Halæ, 1790, in-4. — *Journ. de Vandermonde*, 1761.

(3) Froriep (de Berlin), *Medizinische Zeitung*, july 1834; et *Dublin Jour.*, t. VII.—*Journ. hebd.*, 1829, t. XI, p. 99, par Sabatier.—Stannius, *Wochenschrift für die gesammte Heilkunde*, 1836, n° 8.

est placée superficiellement ou seulement à un travers de doigt de la surface, comme dans le cas rapporté par le docteur Kunde. D'autres fois, le lobe est hépatisé en totalité ou en partie. Cette induration est tantôt de date récente, et présente les caractères du deuxième ou du troisième degré de la pneumonie; d'autres fois, comme dans une des observations de Stokes, le tissu pulmonaire induré est grisâtre, non granulé; altération qui indique que la maladie du poumon remonte déjà à une époque plus ou moins éloignée. L'abcès a une étendue variable. On a vu un lobe presque entier être converti en une vaste caverne. D'autres fois la cavité est moins ample; elle pourrait loger une pomme ou un œuf seulement. Elle contient une plus ou moins grande quantité de pus, dont les propriétés varient suivant une foule de circonstances et surtout d'après l'organe primitivement affecté et la cause qui a présidé au développement de l'abcès. Indépendamment de la matière purulente, on peut encore trouver dans le foyer des débris d'hydatides, des fragments d'os nécrosés, etc. Les parois de la caverne pulmonaire sont plus ou moins irrégulières, quatre fois sur six elles ont été tapissées par une fausse membrane épaisse, résistante et même demi-cartilagineuse. On y voit des ouvertures en nombre plus ou moins considérable : les unes sont l'orifice des bronches, qui ont permis au pus de l'abcès de s'évacuer au dehors pendant la vie; les autres sont les pertuis des trajets fistuleux, qui de l'intérieur des poumons vont aboutir aux organes où la suppuration a commencé; il suffit de les suivre pour découvrir la lésion qui a été le point de départ de tous les accidents. En général, il existe une large communication entre la caverne pulmonaire et l'abcès primitif; qu'il y ait une ou plusieurs ouvertures, il est généralement facile de s'en assurer. Mais, dans les cas où l'état des tissus ou bien la ténuité des trajets fistuleux ne permettrait pas de les suivre dans tous leurs détours, on pourrait s'assurer que les deux cavités communiquent entre elles, par l'injection d'un liquide ou par l'insufflation. Dans le fait si remarquable rapporté par M. Lepneveu, où un abcès du rein gauche s'était ouvert dans le poumon correspondant, il suffisait d'introduire une sonde dans l'uretère, et de souffler ensuite, pour faire à l'instant jaillir du pus par la bronche du même côté. Si après avoir versé de l'eau dans cette bronche, on continuait l'insufflation, on voyait aussitôt bouillonner le liquide qui était chassé du tuyau aérien.

En résumé, les abcès pulmonaires par perforation diffèrent des abcès idiopathiques ou primitifs : 1° par leur volume, généralement

plus considérable; 2° par leur communication presque constante avec les bronches; 3° par la présence peut-être plus fréquente d'une fausse membrane qui est remarquable par sa consistance et son épaisseur; 4° par les matières contenues : le pus est rarement phlegmoneux et l'on peut trouver en outre dans le foyer divers débris organiques; 5° enfin, par leur siége, car ils occupent plus rarement le lobe inférieur de l'un et l'autre poumon que le lobe supérieur.

ARTICLE III.

DES LÉSIONS DÉSIGNÉES SOUS LES NOMS DE SPLÉNISATION, CARNIFICATION, ÉTAT FŒTAL, PNEUMONIE LOBULAIRE, BRONCHO-PNEUMONIE, PNEUMONIE HYPOSTATIQUE.

Les lésions que je viens d'étudier caractérisent la pneumonie franche, légitime. Nul doute ne saurait s'élever sur leur valeur ; il n'en est pas de même de plusieurs autres altérations du parenchyme pulmonaire dont nous allons nous occuper.

Chez des individus succombant avec de la fièvre et avec des symptômes plus ou moins tranchés de pneumonie, on trouve parfois une partie d'un et plus souvent des deux poumons, en général les lobes inférieurs à leur partie postérieure, d'un rouge vineux ou violacé; le tissu plus résistant que d'habitude est néanmoins flasque, si on le compare à l'hépatisation; le doigt le pénètre avec facilité; incisé, il s'en écoule une quantité variable de sérosité rougeâtre peu ou point aérée; mais ni à la coupe ni à la déchirure, ce tissu ne présente les granulations que nous avons signalées plus haut comme constantes dans les hépatisations rouge et grise. Le poumon ainsi altéré est encore perméable en grande partie; si on le met dans l'eau, il surnage plus ou moins complétement, et alors même qu'il semble être le plus vide d'air, on peut néanmoins l'insuffler et lui rendre à peu près sa perméabilité normale, mais non sa consistance qui reste toujours plus ou moins altérée; c'est à tort que quelques personnes ont soutenu le contraire.

C'est cette altération facile à reconnaître à laquelle on a donné le nom de *splénisation*. En effet, la partie du poumon qui en est le siége présente avec le tissu de la rate la plus frappante analogie.

Il importe de remarquer que la splénisation n'est pas toujours aussi uniforme que nous le supposons ici ; en examinant, en effet, avec attention une surface qui présente cette altération, on trouve communément réunies des lésions assez complexes. Dans un tissu

splénisé, on peut trouver des points où la couleur est plus foncée, où le tissu est plus ramolli et complétement imperméable, ailleurs le sang est extravasé et l'on découvre de petits noyaux apoplectiques, ou bien le tissu pulmonaire offre de loin en loin des noyaux d'induration véritable, rouge ou grise, ou bien encore la surface est granitée, grisâtre, manifestement infiltrée de pus, mais cette dernière lésion est peut-être la plus rare. Quoi qu'il en soit, c'est cette multiplicité d'altérations qu'on peut trouver dans un poumon splénisé qui fait que la coupe du tissu n'est presque jamais uniforme, mais qu'elle présente des nuances très-différentes.

Ceux qui considèrent à tort la splénisation comme une forme, une variété anatomique de l'hépatisation rouge, sont forcés de convenir qu'on ne voit pas dans la première le passage fréquent de la maladie à un degré plus avancé, caractérisé par l'infiltration plastique, plus tard par l'accumulation du pus.

La splénisation serait-elle plutôt une variété du premier degré? Dans cette supposition, il faudrait admettre que nonobstant les conditions fâcheuses dans lesquelles les individus se trouvent, la même lésion qui dans la pneumonie légitime n'a qu'une durée éphémère, qui passe en peu de jours au deuxième degré, soit en partie, soit en totalité, pourrait persister ici jusqu'à trois, quatre, cinq et six semaines avec les mêmes caractères. Or, cela seul répugne à l'esprit, cela ne peut être, aussi est-on forcément conduit à admettre une différence radicale dans la nature de deux lésions si identiques en apparence.

S'appuyant sur cette marche différente des altérations que nous avons comparées; sur ce que dans la splénisation le poumon est encore perméable ou susceptible de le devenir par l'insufflation; reconnaissant que pendant la vie, il existe une sorte d'intermittence ou plutôt une grande mobilité dans les signes physiques qui peuvent cesser et revenir alternativement, et cela en quelques heures, on peut avec plus de raison considérer la splénisation comme étant une forme de congestion plutôt que comme une variété, soit du premier degré, soit de l'hépatisation rouge. Cette doctrine me paraît être la seule vraie. Il est facile d'ailleurs de prouver que dans la splénisation simple le caractère anatomique essentiel de l'état phlegmasique, c'est-à-dire l'exsudation plastique manque. Il n'existe, en effet, dans les parties splénisées à l'œil nu comme au microscope, que des globules sanguins, de l'épithélium, d'autres portions de tissu normal et parfois un peu de pus provenant des bronches (Gairdner).

Mais si, d'après les raisons exposées plus haut, il est incontestable

que la splénisation n'est pas une forme de congestion, nous devons convenir pourtant qu'elle coexiste souvent avec d'autres lésions qu'elle favorise, qu'elle provoque tôt ou tard. Une de celles qui coexiste le plus souvent avec la splénisation, consiste en noyaux d'induration qui ont la structure de l'hépatisation rouge ou de l'hépatisation grise; ils sont disséminés en nombre plus ou moins considérable à la surface et dans l'épaisseur d'un poumon ou bien des deux à la fois; c'est cette lésion qui a été décrite sous les noms de pneumonie *mamelonnée*, *partielle*, *disséminée*, et surtout sous celui de pneumonie *lobulaire*.

La pneumonie lobulaire est caractérisée extérieurement par des taches rouges ou violacées, le plus souvent circulaires ou hémisphériques, parfois allongées, en général bien circonscrites, disséminées sur une étendue plus ou moins considérable, et formant un peu de relief à la surface des poumons. Si on les touche, elles résistent comme le ferait une portion de poumon hépatisée; elles conservent leur volume lorsqu'on ouvre la poitrine, et elles ne s'affaissent pas comme le fait le tissu pulmonaire qui les environne. Ces taches peuvent se montrer indistinctement dans tous les points du poumon; mais on les rencontre préférablement vers le bord postérieur de l'organe. Si la pneumonie lobulaire occupe des parties profondes, le poumon n'offre plus de taches à sa surface et paraît tout à fait sain; mais il suffit de le presser entre les doigts pour sentir qu'il existe dans son tissu des noyaux d'induration. Si on incise l'organe, on trouve que les taches et les points indurés dont je parle, sont formés par un tissu rouge, friable, imperméable, impénétrable à l'insufflation, gagnant le fond du vase quand on le met dans l'eau, et grenu à la déchirure. Ces caractères de l'hépatisation sont généralement plus tranchés au centre du noyau qu'à sa périphérie. Dans le premier, en effet, le tissu est plus friable, et il est d'un rouge plus obscur; le liquide qui s'en échappe par la pression est sanieux, non aéré. Dans les parties les plus extérieures, au contraire, le liquide est plus ou moins aéré, et le tissu crépite encore plus ou moins. Plongé dans l'eau, souvent il surnage en partie ou ne gagne que lentement le fond du vase. Ces noyaux d'induration ont un volume qui varie entre celui d'un grain de chènevis et celui d'un œuf de pigeon, mais la plupart sont gros comme une aveline ou tout au plus comme une petite noix. En nombre variable, il est rare de n'en trouver qu'un ou deux : communément il y en a douze ou quinze, et parfois il y en a plus de trente. Le relief qu'ils forment, ainsi que leur coloration tranchent parfaitement sur ceux du tissu qui les entoure, quand même celui-ci

serait engoué. On a constaté que parfois ces noyaux d'hépatisation sont limités ou circonscrits par un cercle ou plutôt par une sphère blanche résistante d'un demi-millimètre environ d'épaisseur et d'un aspect fibreux ou plutôt fibrineux. Est-ce là, comme le croyait Legendre (1), une transformation de tissu? ou bien faut-il, avec MM. Rilliet et Barthez (2), y voir une forme anatomique spéciale résultant d'un mélange d'hépatisation et d'apoplexie pulmonaire? Ne serait-ce pas plutôt une fausse membrane analogue à celle qui se forme si promptement dans les collections purulentes des poumons? C'est cette opinion que j'ai adoptée, après avoir examiné plusieurs noyaux offrant la disposition dont je parle.

Dans certains cas, la phlegmasie pulmonaire, au lieu de se montrer sous forme de noyaux, pourrait, dit-on, être plus circonscrite encore; elle pourrait être bornée en effet à quelques vésicules; on verrait alors disséminées en plus ou moins grand nombre dans un tissu pulmonaire sain en apparence une certaine quantité de granulations rouges : c'est la *pneumonie vésiculaire* de M. Andral (3). La lésion dont il s'agit ici est réelle, mais on ne l'observe jamais que concurremment avec une bronchite intense, et elle caractérise non une pneumonie, mais une phlegmasie des bronches terminales. Ce qui le prouve, c'est que l'insufflation modifie les parties malades qui restent perméables; si, en outre, on pique avec une épingle ces granulations, on en fait suinter un fluide grisâtre, purulent, puis elles s'affaissent. Rien de semblable n'a lieu dans l'hépatisation vraie. Ces cavités, généralement très-ténues, peuvent quelquefois acquérir des dimensions deux, trois, quatre fois plus grandes, soit à la superficie de l'organe, soit dans sa profondeur. Il est probable qu'il y a eu rupture par excès de distension et par suite d'un véritable emphysème, on y trouve alors une mucosité puriforme mêlée à de l'air. Cette lésion a été souvent mal interprétée, car on l'a considérée comme n'étant rien autre qu'une collection purulente; une inspection plus attentive ne permet pas de partager cette opinion.

Dans la description que je viens de donner de la pneumonie lobulaire, j'ai supposé que la phlegmasie était arrivée au degré d'hépatisation rouge. C'est, en effet, ce qu'on constate dans la plupart des cas. Néanmoins, lorsque les noyaux sont multiples, on peut en trouver qui représentent les trois degrés de la pneumonie

(1) *Recherches anatomo-pathologiques*, p. 184.

(2) *Maladies de l'enfance*, t. I, p. 436, 2e édit.

(3) *Anatomie pathologique*, t. II, p. 509.

franche. C'est ainsi que dans quelques-uns la pneumonie n'ayant pas franchi la période d'engouement, cette portion du poumon, d'une couleur rouge ou violacée, se laisse pénétrer facilement par le doigt ; si on l'incise ou si on la comprime, on en fait suinter un liquide rougeâtre et aéré ; enfin comme pour le premier degré de la pneumonie lobaire, ces noyaux enflammés ne sont point imperméables, l'insufflation les pénètre plus ou moins complétement, et mis dans l'eau ils surnagent en partie.

A côté de ces noyaux, il en est d'autres qui sont arrivés à l'état d'hépatisation rouge ou grise ; et même dans quelques cas rares, le pus peut être réuni en foyer et former alors un véritable abcès.

Ces abcès ne diffèrent que par leur volume et par leur nombre de ceux qui succèdent à la pneumonie lobaire (voyez plus bas). Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette. Rarement isolés, on en compte ordinairement plusieurs, et leur nombre est parfois considérable. On les trouve dans toutes les parties des poumons, mais plus souvent dans le lobe inférieur. Ils semblent plus fréquents à la surface que dans l'épaisseur du viscère ; aussi est-il ordinaire de voir la plèvre être enflammée à leur voisinage ; mais des adhérences protectrices entre les deux feuillets préviennent l'épanchement du pus dans la cavité séreuse. Cet accident peut pourtant avoir lieu ; MM. Rilliet et Barthez ont vu deux fois un pneumo-thorax ayant cette origine (1). Il est presque inutile de faire observer que l'abcès doit alors communiquer préalablement avec les bronches.

Les abcès consécutifs à la pneumonie lobulaire contiennent un pus jaunâtre, épais, non aéré, parfois sanieux. Les parois du foyer sont souvent tapissées par une fausse membrane dense, ou bien elles sont constituées par une lame de tissu pulmonaire hépatisé.

Ces noyaux d'hépatisation sont le plus souvent isolés, mais ils peuvent converger les uns vers les autres, se réunir et former alors une masse plus ou moins considérable. On a donné à cette variété anatomique le nom d'*hépatisation généralisée*. On pourrait la confondre avec la pneumonie lobaire, cependant il est le plus souvent facile de l'en distinguer. Car dans la pneumonie *lobaire*, le poumon ayant été envahi progressivement de bas en haut, je suppose, on trouvera à l'incision des parties malades une hépatisation grise ou rouge et dans les parties les plus supérieures envahies en dernier lieu, il n'existera que l'altération caractéristique du premier degré. Dans la pneumonie *généralisée*, par contre, dans laquelle plu-

(1) *Maladies des enfants*, t. I, p. 438, 2e édition.

sieurs lobules se sont réunis, les degrés caractérisant l'inflammation ne sont plus disposés aussi régulièrement, ils sont entremêlés, ou bien l'altération est plus avancée vers la périphérie qu'au centre qui a été le point envahi le dernier. La distinction n'est possible qu'autant que dans la portion du poumon malade on trouve réunis les trois degrés ou au moins deux des degrés de l'inflammation. Dans les cas rares où la pneumonie partielle en se généralisant reste partout à l'état d'hépatisation rouge, il est à peu près impossible par la seule inspection anatomique de la distinguer de la pneumonie lobaire.

Pendant longtemps la pneumonie lobulaire était regardée comme fort commune et comme étant spéciale à la première enfance. Cependant, dans ces derniers temps, un judicieux observateur, mort prématurément, le docteur Legendre, a soutenu que la pneumonie lobulaire était une affection rare, et que si, jusqu'à lui, on l'avait considérée comme fréquente, c'était uniquement parce qu'on avait confondu entre eux plusieurs états anatomiques, et qu'on avait rapporté à l'inflammation du parenchyme une lésion spéciale du poumon fort commune chez les enfants qui succombent aux affections catarrhales, mais qui n'a aucun rapport avec l'hépatisation, et qui même n'a pas une origine inflammatoire. C'est cet état que Legendre et M. Bailly ont décrit sous le nom d'*état fœtal* (1), parce que les parties du poumon qui présentent cette lésion ressemblent tout à fait au poumon du fœtus, c'est-à-dire au poumon qui n'a pas encore respiré.

Dans l'état fœtal, on trouve, comme dans la pneumonie lobulaire, des îlots de poumon où le tissu de l'organe, devenu dense, compacte et plus ou moins imperméable, cesse de crépiter quand on le comprime et gagne plus ou moins rapidement le fond du vase lorsqu'on le met dans l'eau. La coloration du tissu est modifiée, tantôt noirâtre, plus souvent d'un rouge violet, suivant la nature et la quantité de sang qui l'engoue. Lorsque la partie malade est fortement engouée, la consistance est diminuée, mais, le plus souvent, elle est normale et même augmentée.

Si, à l'aspect, cet état offre de l'analogie avec l'hépatisation, il s'en distingue aisément par plus d'un caractère des plus importants. Dans l'état fœtal, en effet, le tissu pulmonaire peut être plus ou moins pénétré de fluide séro-sanguinolent, mais il est susceptible d'être insufflé. Incisé, on y reconnaît la structure propre de

(1) *Recherches anatomo-patholologiques*, p. 159. Paris, 1846. — *Archives génér. de médecine*, 4e série, t. IV.

l'organe, ce qui n'a plus lieu dans l'hépatisation. En raclant avec le scalpel une portion de poumon hépatisée, on en détache de la sanie, de la matière plastique et l'on détruit vite le parenchyme. Il n'en est pas de même dans l'état fœtal, où l'on voit le tissu résister à la pression de l'instrument; et, quelque compacte qu'il soit devenu, il reste pourtant toujours un peu mou; il a la flaccidité du muscle, et jamais la résistance, la dureté du poumon enflammé, qui acquiert la fermeté et la consistance du foie. Soit qu'on incise, soit que l'on déchire une portion du poumon offrant l'état fœtal, jamais on ne trouve les granulations, qui sont si constantes dans l'hépatisation, qu'elles en constituent un des caractères anatomiques les plus importants. Cette différence dans la texture des parties explique pourquoi, dans la pneumonie lobulaire vraie, les portions hépatisées peuvent former une très-légère saillie lorsqu'elles occupent la surface de l'organe; tandis que, dans l'état dit *fœtal*, les noyaux sont généralement déprimés et au-dessous du niveau des parties voisines restées saines. La plèvre, toujours intacte dans ce dernier cas, peut être, par contre, plus ou moins enflammée dans le premier.

L'état fœtal est une lésion fort ordinaire de l'affection catarrhale des bronches; elle survient dans le cours des bronchites capillaires, surtout dans le cours de celles qui atteignent les enfants débiles. Legendre croit que cette lésion se forme lorsque, par suite du ralentissement des forces respiratoires, surtout dans les cas de bronchite et de broncho-pneumonie, l'air ne pénètre plus avec assez d'énergie et assez avant dans le parenchyme, ce qui fait que certaines parties cessant d'être perméables, les vésicules s'affaissent en vertu de leur élasticité propre. Bien que cette lésion puisse exister dans toutes les parties des poumons, on l'observe pourtant plus spécialement à la périphérie de l'organe, sur son bord tranchant, au pourtour de la base et le long du bord postérieur.

On a donné sur le mécanisme de la production de l'état fœtal plusieurs autres explications plus ou moins analogues à la précédente. Traube (1) a supposé que cette lésion était l'effet de l'oblitération des bronches par le muco-pus qui les remplit. Celui-ci, empêchant l'air de pénétrer dans les vésicules et de s'y renouveler, celui qui est emprisonné dans ces petites cavités, finissant par être résorbé, le retrait des vésicules pulmonaires devrait en être la conséquence inévitable.

Cette explication ne diffère pas beaucoup de celle que Gairdner

(1) *France médicale*, 26 juillet 1856.

avait proposée déjà (1). Pour ce médecin, les mucosités des bronches formeraient une sorte de soupape s'ouvrant facilement dans le sens de l'expiration, et se fermant, au contraire, lors de l'inspiration. A chaque expiration, les bronches et les vésicules situées en deçà des mucosités étant comprimées, l'air qu'elles contiennent ferait effort contre le mucus et s'ouvrirait un passage, bientôt fermé pendant l'inspiration ; ce phénomène se renouvelant plusieurs fois de suite, et étant aidé par les brusques et violentes expirations de la toux, les bronches et les vésicules en question finiraient par se vider complétement et par s'affaisser ; de là l'état fœtal ou l'*atelectasis* de Jœrg.

La lésion que nous venons de décrire correspondrait, d'après MM. Legendre et Bailly, Rilliet et Barthez, à celle qui est décrite depuis Laennec, sous le nom de *carnification*. Dans celle-ci, en effet, le tissu pulmonaire, d'un rouge bleuâtre ou vineux, dur, lourd, vide d'air, gagnant par conséquent le fond du vase lorsqu'on le plonge dans l'eau, laisse écouler, quand on l'incise, une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent, nullement aéré ; le tissu est ferme et se laisse difficilement pénétrer par le doigt ; soit qu'on le coupe, soit qu'on le déchire, il ne présente jamais de granulations. On voit que le poumon ainsi altéré a la plus grande analogie avec le tissu musculaire ; il en a la consistance ; il ressemble encore au tissu du poumon comprimé par un épanchement. Cependant j'hésite encore à penser que les diverses lésions décrites chez le vieillard, chez l'adulte et l'enfant, sous le nom de *carnification*, soient identiques. MM. Ch. Robin et Isambert ont exprimé les mêmes doutes que moi (2). Ces auteurs ont établi que la carnification consistait : 1° essentiellement dans l'interposition entre les éléments normaux du tissu pulmonaire d'une matière amorphe de nouvelle production ; 2° et successivement dans la présence de granulations d'hématoïdine, provenant d'hémorrhagies interstitielles antérieures, granulations qui peuvent présenter deux dispositions principales : *a*. une infiltration générale ; *b*. une disposition en amas ou mamelons séparés par des interstices presque à l'état normal. Cette description ne saurait évidemment s'appliquer à l'état fœtal, dans lequel nous voyons un poumon n'être qu'affaissé et simplement congestionné. Quoi qu'il en soit, la carnification se distingue par

(1) *On the path. anat of bronchits*. Edimbourg, 1850. — Vulpian, *Pneumonies scondaires*, thèse d'agrégation, 1860, p. 11 et 12.

(2) *Gazette médicale*, année 1855, p. 482.

de trop nombreux caractères de l'hépatisation pour que ces deux lésions ne puissent jamais être confondues.

Chez l'adulte comme chez le vieillard, la carnification trahit un état chronique plutôt qu'un état aigu ; on l'observe dans des poumons longtemps congestionnés ; c'est ce qu'on remarque chez les sujets atteints de rétrécissements organiques du cœur. Je l'ai vue accompagner fréquemment la gangrène, et elle constitue souvent chez des vieillards atteints de catarrhe le dernier vestige d'une pneumonie dont la résolution a été incomplète.

En résumé, les diverses lésions que nous venons de décrire dans cet article peuvent se réunir, se confondre, se succéder ; c'est ainsi que la pneumonie partielle lobulaire existe rarement isolée, mais presque toujours on la rencontre soit avec la splénisation ou avec les lésions caractéristiques de la pneumonie franche ; mais dans ce cas, celles-ci sont modifiées, dans leur forme, dans leur aspect, par la congestion au milieu de laquelle elles sont survenues ; joignez-y, en outre, une bronchite intense caractérisée par la rougeur des tissus et par la grande quantité des mucosités secrétées, et l'on aura ainsi, par l'anatomie, l'explication de ces anomalies que présentent souvent dans leur marche, dans leur expression symptomatique, ces phlegmasies thoraciques, décrites sous le nom de *broncho-pneumonies*, et qui sont surtout fréquentes aux deux extrêmes de la vie.

ARTICLE IV.

SIÉGE.

§ 1er. — Siége des pneumonies primitives.

La pneumonie n'affecte pas avec la même fréquence l'un et l'autre poumon, et les divers lobes sont aussi fort inégalement envahis par le travail inflammatoire. Il y a peu d'années encore, on n'aurait pu examiner la question du siége de la pneumonie qu'avec les faits dans lesquels la maladie avait eu une issue funeste. Mais aujourd'hui, grâce à nos moyens d'exploration, nous pouvons nous servir également pour cette étude des cas dans lesquels la pneumonie s'est heureusement terminée ; car les résultats fournis pas l'auscultation et par la percussion sont tellement précis, qu'il est possible, à l'aide de ces méthodes, de déterminer exactement le siége de la pneumonie, et de la circonscrire à peu près dans les points qu'elle occupe. Aussi, à l'exemple de la plupart des auteurs qui m'ont

précédé, je vais étudier tout ce qui se rapporte au siége de la pneumonie, en réunissant indistinctement tous les faits que j'ai observés, et quelle qu'ait été la terminaison de la maladie.

1° *Côté affecté.* — Les médecins avaient reconnu depuis longtemps que les deux poumons étaient inégalement atteints d'inflammation, et l'on admettait assez unanimement que le poumon droit était plus souvent affecté que le gauche, lorsque Morgagni vint ébranler cette opinion. Ce grand médecin ayant réuni environ cinquante observations, dont les unes lui appartenaient, et dont la plupart avaient été recueillies par Valsava, trouva que le nombre des pneumonies avait été à peu près également réparti à droite et à gauche (1). Quelques personnes en conclurent que les deux poumons étaient également prédisposés à l'inflammation, quoique Morgagni eût lui-même remarqué que les observations qu'il apportait étaient insuffisantes, et que, pour établir quelque chose de certain à cet égard, il était nécessaire de recueillir un plus grand nombre de faits. Au commencement de ce siècle, Portal avait également douté que la pneumonie siégeât plus fréquemment à droite qu'à gauche (2) ; mais depuis cette époque plusieurs médecins français ont résolu la question. Ainsi, Chomel a prouvé, l'un des premiers, que les pneumonies du côté droit étaient beaucoup plus fréquentes que celles du côté gauche (3), et ce résultat avait d'autant plus de valeur que ce médecin l'avait établi d'après les cas seulement où la maladie avait eu une issue funeste, par conséquent dans des conditions où une erreur sur le siége précis de la pneumonie était impossible. M. Andral, à son tour analysant toutes ses observations de phlegmasies pulmonaires, trouva que le nombre des pneumonies droites était deux fois plus considérable que celui des pneumonies gauches ; et que dans un peu moins du neuvième des cas les deux poumons étaient envahis à la fois (4).

Ayant exactement déterminé, sur 280 malades dont j'ai recueilli les observations, le siége de la pneumonie, j'ai trouvé que chez 166 la phlegmasie occupait le poumon droit ; chez 97, le gauche seul était envahi, et chez 17, les deux poumons étaient frappés à la fois ; d'où il résulte que, sous le rapport de la fréquence, les pneumonies droites seraient aux pneumonies gauches à peu près comme 11 : 6, et que la pneumonie n'occuperait simultanément les deux poumons que

(1) *Lettre* 20e, § 65.

(2) *Anatomie médicale*, t. V, p. 67.

(3) *Dictionn. de médecine*, art. PNEUMONIE.

(4) *Clinique médicale*, t. III, p. 470, 4e édit.

dans un seizième des cas environ. Si enfin on réunit les observations de MM. Andral (1), Barth (2), Bouillaud (3), Briquet (4), Chomel (5), Forbes (6), Lombard (7) et Pelletan (8), on voit que sur un total de 1430 pneumonies, le poumon droit a été affecté 742 fois, et le gauche 426. Chez 262 malades, la pneumonie aurait été double, mais ce dernier chiffre est sans doute inexact, ainsi que nous l'établirons bientôt.

Concluons de cette masse considérable de faits, que le poumon droit est beaucoup plus souvent enflammé que le gauche ; mais je crois qu'on a exagéré la prédominance des pneumonies droites lorsqu'on a dit qu'elles étaient deux fois et demie plus fréquentes que les gauches. D'après les faits qui précèdent, les pneumonies droites seraient aux pneumonies gauches dans le rapport à peu près de 11 à 6 pour mes observations et dans celui de 7 à 4 pour les observations des auteurs réunies (9).

La prédominance du côté droit existe à tous les âges de la vie, mais elle paraît être plus grande encore chez l'enfant que chez l'adulte. Ainsi, sur 128 autopsies d'enfants nouveau-nés faites par Valleix et par M. Vernois, on voit que l'hépatisation n'a jamais manqué à droite, tandis qu'elle n'a point existé 17 fois à gauche, et que, dans les 111 cas où la pneumonie fut double, l'altération était plus étendue du côté droit chez 59 sujets, tandis que le contraire n'avait lieu que 10 fois ; enfin, l'hépatisation était égale dans les deux poumons chez 42. MM. Gerhard et Rufz ont vu qu'après l'âge de six ans les pneumonies droites avaient été aux pneumonies gauches dans le rapport de 26 à 12 (10). Il semble résulter des recherches de Hourmann et de M. Dechambre (11) que, chez les vieillards, la prédominance du côté droit serait beaucoup moins marquée que dans

(1) *Clinique médicale* (*loc. cit.*).

(2) Sestier, *Leçons de clinique*, p. 32.

(3) *Clinique médicale*, t. II.

(4) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 492.

(5) *Dictionn.* en 30 vol., art PNEUMONIE.

(6) W. Stokes, *Diseases of the Chest*, p. 318.

(7) Lombard, *Archives*, t. XXV, p. 61.

(8) *Mémoire statistique sur la pleuro-pneumonie aiguë* (*Mémoires de l'Acad. de médecine*, t. VIII).

(9) Les faits que j'ai recueillis postérieurement diffèrent peu de ceux analysés dans ma première édition. Ainsi, pour 242 observations nouvelles, les pneumonies sont réparties de la manière suivante : 147 pour le côté droit, 73 pour le côté gauche ; 22 étaient doubles.

(10) *Journal des conn. médico-chirurg.*, t. III, p. 103.

(11) *Archives gén. de médecine*, 1836, 2e série, t. X, p. 293.

les âges précédents. C'est ainsi que, d'après les relevés que ces médecins ont donnés, il y aurait 34 pneumonies droites contre 27 pneumonies gauches. Les faits que j'ai analysés sembleraient prouver le contraire, puisque j'ai trouvé qu'au-dessus de soixante ans les pneumonies droites étaient aux pneumonies gauches comme 6 est à 1. Je dois dire pourtant que mes observations à ce sujet sont trop peu nombreuses pour pouvoir rien conclure ; d'ailleurs, les malades de Hourmann et M. Dechambre étaient généralement beaucoup plus âgés que les miens ; par conséquent, les deux ordres de faits ne sont peut-être pas tout à fait comparables.

M. le docteur Lombard (de Genève) a avancé que les femmes étaient presque deux fois plus sujettes aux pneumonies gauches que les hommes ; il dit même que ce fait n'est point particulier aux adultes, et qu'on l'observe aussi chez les enfants, quoiqu'à un degré moindre, puisque, suivant ce médecin, à une époque voisine de la naissance, les pneumonies gauches formeraient le cinquième du nombre total chez les filles, et le septième chez les garçons (1). Mais les faits recueillis par MM. Valleix et Vernois semblent contredire cette dernière opinion ; car, sur dix-sept pneumonies simples, les seules qu'ils aient observées sur des nouveau-nés des deux sexes, toutes occupaient le côté droit. Quant à ce qui concerne l'adulte, l'opinion de M. Lombard ne me paraît nullement fondée ; je crois même que pour être dans le vrai il faudrait renverser sa proposition, car en analysant mes observations, je trouve que les pneumonies gauches ne forment guère chez les femmes qu'un quart du nombre total, tandis que le tiers environ des hommes pneumoniques étaient atteints de pneumonies gauches.

On a proposé plusieurs explications pour se rendre compte de la prédominance des pneumonies droites. Les uns l'ont attribuée à ce que le décubitus a lieu plus souvent sur le côté droit que sur le côté gauche, ce qui, suivant eux, doit produire dans le premier cas une stase sanguine favorable au développement de la phlegmasie. Billard et plusieurs autres ont cherché à expliquer par cette circonstance la fréquence des pneumonies droites qu'ils avaient notées. Je crois, en effet, que chez les sujets affaiblis par l'âge ou par une maladie antérieure, l'espèce de décubitus que les malades adoptent influe beaucoup sur le siége des pneumonies consécutives qui se développent si fréquemment dans ces circonstances. C'est ce que je prouverai plus tard, à l'article que j'ai consacré à l'étiologie des pneumonies secondaires. Mais l'influence du décubitus me paraît moins

(1) *Archives gén. de médecine*, t. XXV, p. 63.

certaine pour les pneumonies primitives survenant au milieu d'une santé parfaite. D'ailleurs, je n'ai aucun fait positif à opposer à l'explication dont je parle; car, pour en apprécier la valeur, il faudrait interroger un grand nombre d'individus atteints de pneumonies, pour connaître le décubitus qu'ils préfèrent dans l'état de santé; c'est ce que j'ai négligé de faire.

Quelques personnes ont voulu expliquer la fréquence des pneumonies droites par l'activité musculaire du bras droit. Si cette explication était fondée, on devrait voir chez les jeunes enfants un nombre à peu près égal de pneumonie droites et de pneumonies gauches; du moins la prédominance du côté droit devrait être moins grande. Le même raisonnement pourrait aussi s'appliquer à la femme, et cependant nous avons vu que chez celle-ci, comme chez les très-jeunes enfants, la proportion des pneumonies droites était encore plus considérable que chez l'adulte.

La prédominance du côté droit dans la pneumonie étant un phénomène constant dans tout le cours de la vie humaine, M. Lombard en a cherché l'explication dans une disposition anatomique invariable. Suivant ce médecin, la différence qui existe pour la fréquence entre la pneumonie droite et la pneumonie gauche, dépendrait de la différence même que présentent les divisions de l'artère pulmonaire dans l'un et l'autre côté. M. Lombard fait remarquer que le volume plus considérable de la branche droite de l'artère pulmonaire, sa direction plus transversale qu'à gauche, font que la quantité de sang qui la traverse dans un temps donné doit être supérieure à celle qui passe par la branche gauche du même vaisseau. De là, dit-il, une activité fonctionnelle du poumon droit plus grande que celle du poumon gauche; et comme, suivant l'auteur, la fréquence des inflammations est en raison directe de l'activité fonctionnelle des organes, il se rend compte ainsi du nombre plus considérable de pneumonies droites qu'on observe (1).

L'explication de M. Lombard ne me semble pas très-physiologique. Ce médecin croit à une plus grande activité fonctionnelle du poumon droit, par cela seul que cet organe reçoit dans un temps donné plus de sang veineux que celui du côté gauche. Cette supposition pourrait être admise si les deux poumons avaient le même volume et une égale capacité; mais chacun sait que le poumon droit est plus volumineux que le gauche: il est donc naturel que les vaisseaux sanguins qui le pénètrent aient aussi plus de capacité pour permettre à une plus grande quantité de sang d'y arriver. Il

(1) *Loc. cit.*, p. 63.

me semble que, si l'on veut une explication de la fréquence des pneumonies droites, il serait plus naturel de la trouver dans la différence de volume et de capacité qu'il y a entre les deux poumons. On conçoit, en effet, que le poumon droit, étant plus volumineux que le gauche, doive par cela même présenter plus de surface à l'action des causes morbifiques.

On aura sans doute été surpris du nombre peu considérable de pneumonies doubles que j'ai observées, puisque j'ai dit qu'elles avaient été aux pneumonies unilatérales à peu près dans le rapport de 1 à 16. Ce résultat ne s'accorde point avec ceux qui ont été donnés par d'autres auteurs, puisque, d'après eux, le neuvième, et même les deux septièmes ou les deux cinquièmes des pneumonies seraient doubles. Stokes croit même que les pneumonies doubles sont plus fréquentes que l'indiquent les chiffres précédents (1). Toutefois, comme ce médecin n'apporte aucun résultat numérique en faveur de son opinion, comme il me semble ne l'avoir émise que d'après de simples souvenirs, elle ne saurait prévaloir sur les conclusions que j'ai tirées de l'analyse et de la numération de faits nombreux. Une circonstance d'ailleurs qui vient augmenter encore la confiance que j'ai dans mes résultats, c'est que M. Louis a noté comme moi la rareté des pneumonies doubles (2). Un médecin également connu par son habileté et son exactitude, M. le docteur Barth, rapporte que sur cent vingt-cinq pneumonies dont il a recueilli l'histoire à la clinique de Chomel, pendant les années 1838 et 1839, huit seulement étaient doubles (3), c'est-à-dire que l'inflammation n'avait envahi les deux poumons à la fois que chez un seizième environ des malades, résultat conforme à celui que j'ai moi-même donné précédemment. En est-il de même dans d'autres pays? La chose est très-probable. Si l'on consulte, en effet, la statistique de l'hôpital général de Vienne pour 1860, on voit que la proportion des pneumonies doubles aux pneumonies unilatérales est d'un dix-huitième (4).

Le siége primitif de la phlegmasie n'exerce aucune influence sur le nombre des pneumonies doubles. J'ai vu en effet celles-ci survenir à peu près également dans le cours des pneumonies droites et des pneumonies gauches, et quelle qu'ait été la partie du poumon primitivement envahie. Mais est-il vrai que d'autres circonstances, telles que l'âge des sujets, la forme anatomique de la maladie et

(1) *Diseases of the Chest*, p. 318.
(2) *Effets de la saignée*, p. 66.
(3) Sestier, *Clinique médicale*, t. III, p. 32.
(4) *Archives gén. de médcine*, année 1862, n° de mai.

certaines constitutions épidémiques puissent augmenter la proportion des pneumonies doubles? C'est ce que nous allons examiner.

On a dit d'une manière trop générale que chez les enfants la pneumonie était toujours ou presque toujours double. Cela arrive incontestablement lorsque la pneumonie est lobulaire; il n'en est plus de même si la phlegmasie, au lieu d'être disséminée, occupe la totalité ou une partie considérable d'un lobe, c'est-à-dire si elle est *lobaire*. Dans ce cas, en effet, ce que nous avons vu chez l'adulte se retrouve à peu près de même chez les jeunes sujets, il y a prédominance du côté droit sur le côté gauche et rareté relative des pneumonies doubles, puisque celles-ci ne se rencontrent guère que dans la proportion d'un neuvième ou d'un dixième.

Ce que je viens de dire du jeune âge peut également s'appliquer aux vieillards. On avait dit en s'appuyant surtout des travaux de Hourmann et de M. Dechambre, que la proportion des pneumonies doubles était beaucoup plus considérable dans la vieillesse qu'à l'âge adulte. Mais si, à l'exemple de M. Durand-Fardel, on ne compare entre elles que les pneumonies primitives, si l'on exclue les pneumonies secondaires, les broncho-pneumonies si communes aux deux extrêmes de la vie, on ne trouve pas que la pneumonie double soit sensiblement plus commune après soixante ans que dans la jeunesse ou dans l'âge adulte.

Nous concluons de ce qui précède que l'âge n'exerce pas une trè-sgrande influence sur le nombre des pneumonies doubles, et que si pendant longtemps on a cru que dans l'enfance les deux poumons étaient presque toujours simultanément atteints, on a attribué à l'âge une influence qui appartenait exclusivement à la forme anatomique de la maladie. Il est reconnu, en effet, que la pneumonie partielle ou lobulaire est presque toujours double quel que soit l'âge des sujets qu'elle frappe. Disons, en terminant, que la proportion des pneumonies doubles peut varier d'une année à une autre et devenir parfois exceptionnellement fréquente sous l'influence de certaines constitutions médicales.

Si quelques personnes ont regardé la pneumonie double comme très-fréquente chez l'adulte, c'est qu'elles auront souvent confondu la bronchite capillaire avec l'inflammation du parenchyme pulmonaire; il suffit souvent à beaucoup de médecins, que dans le cours d'une pneumonie droite ou gauche, un peu de râle sous-crépitant soit entendu à la base ou au bord interne du poumon opposé, pour croire à l'existence d'une pneumonie double. J'ai vu souvent commettre cette méprise par des hommes même expérimentés; c'est ce

qui explique probablement la grande proportion de pneumonies doubles que j'ai trouvées en réunissant les faits consignés dans les principaux relevés qui ont été publiés sur la pneumonie.

§ 2. — Siége de l'inflammation dans les différents lobes.

Tous les relevés statistiques publiés depuis quarante ans sur la pneumonie, ont prouvé que le lobe inférieur de l'un et l'autre poumon s'enflammait plus souvent que le lobe supérieur. Les faits que j'ai recueillis confirment pleinement ce résultat. Mais les auteurs cessent d'être d'accord entre eux lorsqu'il s'agit de déterminer le chiffre proportionnel des pneumonies de la base et de celles du sommet. Ainsi sur 88 cas de pneumonies rassemblés par M. Andral, ce professeur a trouvé 47 fois l'inflammation du lobe inférieur, 30 fois celle du lobe supérieur, et 11 fois le poumon enflammé dans sa totalité (1) ; par conséquent la pneumonie de la base serait à celle du sommet à peu près comme 3 est à 2. Suivant M. Briquet, la partie inférieure du poumon s'enflammerait deux fois plus souvent que la partie supérieure (2). Enfin, d'après les faits recueillis à la clinique de M. Bouillaud, la proportion serait de 1 1/2 à 1 (3).

Sur 264 malades chez lesquels j'ai pu déterminer le point précis du poumon qui commença par être envahi, j'ai trouvé que le lobe inférieur a été pris 133 fois, le sommet 101 fois, et chez 30 la pneumonie occupait le tiers moyen de l'organe, c'est-à-dire que le rapport des pneumonies de la base à celle du sommet a été à peu près comme 4 : 3. La proportion n'a pas été la même dans toutes les années : en 1836 et en 1840 plus du tiers des pneumonies que j'ai observées occupaient le sommet de l'organe, tandis qu'en 1837 la proportion n'a guère été que d'un cinquième. Il peut arriver que pendant un ou plusieurs mois la plupart des pneumonies qu'on observe occupent le lobe supérieur ; c'est ce que j'ai vu plusieurs fois, entre autres durant l'année 1840. La même remarque a été faite par W. Stokes : ce médecin dit, en effet, avoir constaté parfois une tendance de la maladie à envahir le lobe supérieur; il l'a vue à l'hôpital Meath, notamment pendant l'été de 1833. Un médecin américain annonce aussi que cette tendance épidémique de la pneumonie à envahir les lobes supérieurs avait été observée la même année dans plusieurs villes des États-Unis (4).

(1) *Clinique médicale*, t. III, p. 470.

(2) *Archives*, t. VII, 3e série, p. 493.

(3) *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1840, t. VIII, p. 355.

(4) *Diseases of the Chest*, p. 319.

L'inflammation envahit très-inégalement le lobe supérieur de l'un et l'autre poumon. D'après les faits que j'ai recueillis, la pneumonie du lobe supérieur du poumon droit serait presque deux fois et demie plus fréquente que celle du lobe correspondant du poumon gauche. La différence est beaucoup moindre pour la pneumonie qui envahit la partie inférieure, puisque, si l'on cherche le rapport de fréquence entre la pneumonie du lobe inférieur droit et celle du lobe inférieur gauche, on voit que la première serait à la seconde à peu près comme 4 : 3, sans qu'on puisse saisir la cause probable de cette différence. D'autres médecins ont également noté la prédominance des pneumonies du lobe supérieur droit; mais leurs chiffres diffèrent plus ou moins de ceux que je viens de donner; c'est ainsi qu'il résulte des tableaux de M. Barth, que sur dix-neuf pneumonies du sommet, l'inflammation avait siégé dix-huit fois à droite, et une fois seulement à gauche (1). M. Briquet rapporte également (2) que, sur dix-huit malades chez lesquels le sommet des poumons fut la partie enflammée, quatre fois seulement la pneumonie était à gauche; dans tous les cas, la phlegmasie occupait le poumon droit. MM. Rilliet et Barthez ont également signalé la grande fréquence des pneumonies du sommet à droite et leur rareté au sommet du poumon gauche (3).

L'âge des sujets a-t-il, comme on l'a dit, quelque influence sur le siége de la phlegmasie?

M. Louis ayant remarqué que les malades atteints de pneumonie du sommet avaient en moyenne cinquante-quatre ans, tandis que chez ceux qui avaient une pneumonie de la base l'âge moyen était de trente-cinq ans, fut porté à admettre que l'inflammation du lobe supérieur était en quelque sorte la pneumonie des vieillards, tandis que celle du lobe inférieur affecterait de préférence les jeunes gens (4). L'analyse de mes observations n'a pas toujours confirmé la proposition du maître éminent dont je parle. Si, en effet, en 1840 les malades atteints de pneumonie du sommet avaient en moyenne neuf ans de plus que ceux dont la phlegmasie occupait le lobe inférieur, il n'en avait pas été de même en 1836 et 1837 où je ne remarquai aucune différence. C'est également ce que j'ai constaté par l'analyse de 220 observations recueillies postérieurement à ma première édition; c'est à peine si entre les sujets atteints de pneumonie du sommet et de pneumonie de la base,

(1) Sestier, *loc. cit.*, p. 38.

(2) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 494.

(3) *Maladies des enfants*, t. I, p. 516, 2e édit.

(4) *Recherches sur les effets de la saignée*. Paris, 1835, p. 42.

il existait en moyenne une différence d'une année. Je crois donc que l'âge n'a pas sur le siége de la pneumonie toute l'influence qu'on lui avait attribuée.

On voit par là que pour résoudre ces questions comme beaucoup d'autres, il faut opérer sur de grands nombres, et il importe en outre que l'observation s'étende à plusieurs années, car il arrive parfois qu'exceptionnellement et en vertu de certaines constitutions médicales, les pneumonies du sommet prédominent et qu'elles affectent préférablement les sujets âgés : il faut donc de toute nécessité, pour contre-balancer ces influences occultes, que l'observation embrasse plusieurs années.

On a cherché depuis longtemps pourquoi la phlegmasie, contrairement aux productions tuberculeuses, envahit plus souvent les lobes inférieurs des poumons que les lobes supérieurs; on a invoqué tour à tour le volume plus considérable des premiers et surtout leur position déclive qui favoriserait les congestions. Cette dernière cause, vraie pour les pneumonies secondaires, l'est beaucoup moins pour celles qui sont primitives.

Dans l'état actuel de la science, il n'y a donc aucune raison plausible qui puisse expliquer pourquoi l'inflammation envahit plus souvent la base que le sommet des poumons. Il nous est tout aussi impossible de trouver la raison, quant à la fréquence, d'une aussi grande disproportion entre l'inflammation du lobe supérieur du poumon droit et celle du lobe correspondant du poumon gauche.

De toutes les parties du poumon, c'est le bord antérieur ou tranchant que la pneumonie envahit le plus rarement et cela à tous les âges de la vie. En effet, dans les cas où l'inflammation débute par le lobe supérieur ou inférieur, elle n'a gagné le bord tranchant dans la plus grande partie de son étendue que trois fois, et ce n'est que chez deux individus que j'ai vu la pneumonie débuter par ce dernier point pour s'étendre ensuite ailleurs.

ARTICLE V.

CARACTÈRES ANATOMIQUES QUE PRÉSENTE LA RÉSOLUTION DES TROIS PREMIERS DEGRÉS DE LA PNEUMONIE.

Il est tellement rare de voir succomber des individus pendant la convalescence ou quelques semaines après la guérison complète d'une pneumonie, que nous ignorons encore la plupart des changements qui surviennent dans le tissu pulmonaire lorsque, l'inflammation dont il était le siége venant à se résoudre, les parties re-

prennent peu à peu leur état physiologique. Laennec, pourtant, nous dit qu'il avait eu de fréquentes occasions d'étudier la résolution des engorgements pulmonaires chez des individus qui, guéris depuis peu d'une pneumonie, succombaient aux progrès de la maladie chronique dont ils étaient affectés depuis longtemps et que la pneumonie était venu compliquer.

Suivant l'illustre auteur du *Traité de l'auscultation*, si la résolution commence avant que la pneumonie ait dépassé la période d'engouement, on voit le sang infiltré se résorber, et le tissu pulmonaire, plus sec qu'à l'état normal, paraît rougi comme par une teinture; quelquefois une infiltration séreuse, un véritable œdème, remplace, pendant quelque temps, l'infiltration sanguine; c'est ce que j'ai constaté, le plus souvent, dans les cas peu nombreux qu'il m'a été permis d'examiner. Lorsque l'inflammation est parvenue au degré d'hépatisation, la résolution présente les caractères suivants : les parties endurcies pâlissent, passent du rouge ou du violet au gris-violet, puis au gris de lin rougeâtre, puis enfin à la couleur rougeâtre pâle, naturelle au poumon; mais souvent aussi, elles conservent une nuance rouge, même quelque temps après l'époque où elles sont devenues perméables à l'air. En même temps que ces changements de couleur se succèdent, le tissu pulmonaire perd de sa dureté; il devient plus humide; il en suinte plus de sérosité que de sang. Cette sérosité, mêlée d'abord à quelques bulles d'air très-petites, devient peu à peu plus spumeuse : l'état granuleux du tissu pulmonaire s'efface, et fait place à l'aspect cellulaire des vésicules; enfin le tissu pulmonaire redevient sec; il a repris sa couleur ordinaire, mais il reste pendant quelque temps plus ferme, plus élastique, plus pesant que dans l'état naturel, ce que Laennec attribue à un reste d'épaississement des parois des vésicules aériennes, ce qui dépend plutôt d'une résorption encore incomplète des produits exsudés. Comme la résolution marche rarement d'une manière égale dans tous les points enflammés, on trouve disséminés çà et là des noyaux plus denses présentant encore tous les caractères de l'hépatisation à leur centre, tandis que leur circonférence se confond, par une dégradation insensible de l'engorgement inflammatoire, avec les parties du tissu pulmonaire où déjà la résolution est parfaite. Souvent une légère coloration violette ou gris-violet, ou rougeâtre, semblable à un coup de pinceau qui aurait été appliqué sur la surface des incisions faites au poumon, marque encore le point affecté, même après que les vésicules aériennes sont devenues entièrement perméables à l'air. Laennec, qui admettait comme possible la guérison de la pneu-

monie au troisième degré, disait que, dans ces cas, le commencement de la résolution est marqué par une diminution dans l'intensité de la couleur jaune ou jaune cendrée du tissu pulmonaire. Celui-ci deviendrait plus pâle et blanchâtre. Le pus qui en suinte serait mêlé à une sérosité qui est de plus en plus aérée. L'aspect cellulaire des vésicules commencerait bientôt à paraître; le parenchyme pulmonaire ne présenterait plus la dureté hépatique; il n'a plus que la densité que produit la pneumonie au premier degré ou l'œdème; le tissu crépiterait légèrement sous le doigt; il ne gagnerait pas toujours le fond de l'eau; la surface des incisions que l'on y fait présenterait une teinte jaunâtre, sale ou verdâtre, très-pâle, qui contraste sensiblement avec les portions du poumon restées saines. Si la résolution est très-avancée, cette teinte seule subsisterait encore, et le tissu pulmonaire serait infiltré d'une petite quantité de sérosité, qui, plus tard, est résorbée (1).

J'ai cité à peu près textuellement ce que dit Laennec sur les caractères anatomiques que présente la résolution de la pneumonie. Cependant je ne voudrais pas être garant de l'exactitude de tous les détails donnés par l'auteur. Ce qu'il avance, surtout relativement à la résolution du troisième degré, ne me semble nullement prouvé; car, comme nous le verrons plus tard, aucun fait positif n'a démontré jusqu'à présent qu'un poumon frappé d'hépatisation grise puisse revenir à l'état normal.

Quant aux principaux changements qui surviennent dans un poumon pendant la résolution du premier, et surtout du deuxième degré, Laennec les a décrits avec une grande précision; plusieurs faits que j'ai recueillis confirment ce qu'il a dit lui-même. Dans le courant du mois de décembre 1839, une fille âgée de dix-sept ans, entrée à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu, succombe à une péricardite des plus violentes, après avoir présenté dans la moitié inférieure du poumon gauche les signes physiques d'une pneumonie qui avait guéri après avoir atteint incomplétement le degré d'hépatisation. La résolution semblait complète depuis plusieurs jours, lorsque la mort survint brusquement à la suite d'une syncope. A l'autopsie, je trouvai sur le lobe inférieur du poumon gauche quelques petites fausses membranes commençant à s'organiser. Ce même lobe présentait à l'incision une couleur rose à peu près uniforme, quoique plus foncée, et même un peu bleuâtre dans quelques parties, où le tissu, à peine granulé, était encore un peu

(1) Quatrième édition, t. I, p. 512, 513 et 514.

friable. Ce tissu était sec partout; aucun liquide ne s'en écoulait quand on l'incisait; pressé entre les doigts, il crépitait peu, mais il donnait une sensation particulière comme d'empâtement; plongé dans l'eau, il surnageait moins complétement que ne l'eût fait une portion de poumon tout à fait saine. — Je citerai encore l'observation d'un homme qui était guéri depuis cinq semaines d'une pneumonie grave, lorsque, succombant aux progrès d'une affection organique du cœur, il présenta les lésions suivantes : le lobe inférieur du poumon droit qui avait été enflammé adhérait aux parois par quelques filaments faciles à déchirer; il était crépitant et offrait à l'extérieur une coloration d'un rouge bleuâtre; incisé, le tissu était rose presque uniformément; on y distinguait sept à huit points gros comme un pois ou comme une petite noisette où le parenchyme était encore d'un rouge foncé, compacte, imperméable et finement granulé. Ces points indurés, qui persistent plus ou moins longtemps, et parfois indéfiniment, ne sont pas rares chez les sujets âgés. Le tissu pulmonaire est en outre, dans le voisinage, plus ou moins infiltré d'une sérosité citrine. Cette infiltration séreuse, jointe à un certain degré de compacité du tissu qui tantôt est rouge et tantôt bleuâtre, les quelques petits noyaux d'induration disséminés, surtout fréquents chez les sujets âgés, chez lesquels la résolution est moins rapide et moins égale, me paraît être l'état anatomique le plus habituel qu'on trouve chez les individus guéris d'une pneumonie, pourvu qu'il se soit écoulé une ou plusieurs semaines depuis le début de la convalescence; c'est, du moins, ce que j'ai habituellement trouvé dans quelques autres cas que j'ai examinés de loin en loin depuis la première édition de ce livre.

Dans l'étude que nous venons de faire du travail de résolution dans la pneumonie, nous avons dit que cette terminaison n'était peut-être possible que pour les deux premiers degrés, et qu'elle était contestable pour le troisième : telle n'est pas l'opinion d'un des médecins les plus distingués de l'Angleterre, le docteur Bennett, qui, contrairement à tous, et contrairement aussi à toutes les notions que nous avons, ne considère la résolution de l'hépatisation rouge comme possible qu'autant que le produit exsudé s'est ramolli, liquéfié, transformé en pus. Il résulterait donc de cette doctrine étrange que la suppuration dans la pneumonie, loin d'être un signe évident d'une marche défavorable de la maladie, serait, au contraire, la *transformation normale et nécessaire de toute exsudation solide, qui se désagrége et devient absorbable* (1).

(1) *Clinical lectures*, 3e édit, p. 682.

Je n'eusse tenu aucun compte d'une pareille opinion, et ne l'eusse pas même mentionnée, si elle n'appartenait pas à un des médecins les plus justement considérés; mais, quelque estime que je professe pour le célèbre professeur d'Édimbourg, je ne saurais accepter une doctrine qu'il ne justifie par aucune preuve directe, contre laquelle le sens clinique se révolte en quelque sorte, et qui est manifestement contraire à ce qu'a appris, à ce qu'apprend encore tous les jours l'observation la plus simple aux médecins de tous les pays. Disons donc encore que la suppuration constitue toujours une période plus avancée et, par conséquent, plus grave du travail phlegmasique. Une pneumonie au troisième degré, à supposer toutefois qu'elle soit curable, donne au patient infiniment moins de chances de salut que celle qui n'a pas encore franchi l'hépatisation rouge. J'admets volontiers que les exsudats plastiques doivent se désagréger, se ramollir, se liquéfier, pour pouvoir être résorbés; mais il ne s'ensuit pas de là légitimement que le fluide produit soit du pus; tout tend à prouver le contraire.

ARTICLE VI.

GANGRÈNE.

Je n'ai jamais rencontré la gangrène des poumons à l'autopsie des individus qui avaient succombé à une pneumonie primitive. Cependant plusieurs auteurs ont rapporté des observations pour prouver que l'inflammation pulmonaire a pu quelquefois se terminer par gangrène. C'est là une question que j'examinerai plus tard avec soin; je discuterai alors l'importance des faits qui ont été invoqués en sa faveur. Toutefois, je dois dire, dès à présent, qu'il n'est pas rare de voir une portion plus ou moins considérable des poumons présenter à la fois une gangrène circonscrite ou diffuse et une pneumonie parvenue à un degré plus ou moins avancé.

La gangrène existant dans un tissu pulmonaire qui est en même temps hépatisé, se présente avec des caractères différents. Ayant étudié le rapport de chacune de ces altérations entre elles sur dix-huit individus, voici ce que j'ai observé. Sur tous, la pneumonie était parvenue au deuxième ou au troisième degré, et si, chez quelques-uns, il y avait aussi un peu d'engouement, il n'est pas bien prouvé qu'il fût de nature inflammatoire; chez quatorze, la gangrène était au centre même de l'hépatisation; dix fois elle était caractérisée par un vaste foyer envahissant une grande partie d'un lobe ou même d'un poumon et rempli d'une bouillie ou d'un détritus

noirâtre ou d'un gris verdâtre qui exhalait l'odeur putride de la gangrène pulmonaire. Dans plusieurs de ces cas, la destruction était tellement étendue que la forme propre au viscère n'aurait pu se conserver si la couche la plus extérieure du tissu pulmonaire, frappée d'hépatisation rouge ou grise dans une épaisseur de 4 à 5 millimètres, n'avait formé une sorte de coque enveloppant le foyer gangréneux (1).

Dans deux cas la gangrène était disséminée çà et là à la surface et dans l'épaisseur du tissu hépatisé, elle se présentait alors sous forme d'eschares brunes, noirâtres ou grises, offrant tantôt une certaine résistance, mais le plus souvent tombant en déliquium, et laissant de petites excavations noirâtres desquelles on faisait suinter un liquide noir ou bistre qui exhalait la même odeur fétide que précédemment. Enfin, sur trois des individus dont je parle, l'hépatisation et la gangrène occupaient des points de poumon tout à fait opposés ou du moins assez éloignés les uns des autres, et séparés par un tissu entièrement sain, ou qui ne présentait qu'un peu d'engouement ; comme si, dans ces cas, les deux lésions étaient indépendantes l'une de l'autre.

Nous avons vu précédemment que la gangrène avait été quelquefois observée sur les individus qui succombent avec des abcès pulmonaires. On se rappelle que, dans ces cas, la mortification frappe les parois du foyer dans une étendue plus ou moins considérable, ou bien c'est un fragment même du poumon, qui, isolé des parties voisines par le travail de suppuration, finit par se séparer complétement. Nous avons déjà noté l'une de ces deux formes de gangrènes chez le cinquième ou le sixième des individus morts à la suite d'abcès primitifs. La même complication a aussi existé plusieurs fois dans les abcès par perforation. Mais je ne l'ai jamais rencontrée dans les cas d'abcès métastatiques qui, de toutes les collections purulentes des poumons, me paraissent être celles qui se compliquent le plus rarement de gangrène.

Ayant sur les causes et la nature de la gangrène pulmonaire à peu près les mêmes opinions que Laennec, je ne dois point m'étendre plus longuement sur les variétés que cette altération présente en anatomie pathologique. Je n'ai voulu déterminer que la manière dont la gangrène et l'hépatisation se comportent entre elles lorsqu'elles existent sur le même poumon. Nous avons vu que,

(1) Voyez un fait de ce genre, publié par Nicod (*Journal hebd.*, 1828, t. I). — Voyez aussi dans un excellent travail de Genest, *sur la gangrène des poumons*, l'observation III (*Gaz. méd.*, t. IV).

dans la presque totalité des cas, ces deux ordres de lésions étaient réunies sur le même espace et souvent confondues entre elles. Mais afin de déterminer si c'est la pneumonie qui a produit la gangrène, ou bien, au contraire, l'eschare qui a déterminé l'inflammation des poumons, l'anatomie pathologique est impuissante à le décider; pour la solution de ce problème, il faut s'éclairer nécessairement en ayant égard à la succession des symptômes et à la marche de la maladie.

L'hépatisation rouge ou grise ne se montre avec ses caractères ordinaires dans un poumon gangrené qu'autant que la mortification a suivi une marche très-rapide. Si c'est le contraire, le tissu pulmonaire est plutôt compacte et présente les caractères d'une des formes de l'induration chronique, c'est ce que nous exposerons plus tard avec plus de détails, lorsque nous étudierons l'anatomie pathologique de la pneumonie chronique.

ARTICLE VII.

LÉSIONS CONCOMITANTES DE LA PNEUMONIE AIGUE.

Chez ceux qui succombent à la pneumonie on trouve souvent, soit du côté des voies aériennes, soit vers les autres appareils, des lésions diverses que nous allons successivement étudier.

§ 1er. — **État des plèvres.**

Dans la pneumonie de l'âge adulte, la plèvre participe presque toujours, plus ou moins, à l'inflammation du poumon. Ayant exactement noté l'état de cette membrane dans trente-cinq autopsies, j'ai trouvé trente-trois fois une pleurésie plus ou moins étendue; deux fois seulement la plèvre était tout à fait intacte, quoique la pneumonie ne fût point centrale et qu'elle eût même envahi les couches les plus superficielles de l'organe. En général, la pleurésie était limitée aux points occupés par la pneumonie. On voyait au niveau de l'altération pulmonaire la plèvre viscérale tapissée par une ou par plusieurs fausses membranes plus ou moins épaisses; plusieurs fois je les ai trouvées tellement minces et transparentes, qu'elles eussent facilement passé inaperçues si l'on n'eût gratté avec l'ongle la surface du poumon, ce qui suffisait pour les détacher. En général, indépendamment de ces fausses membranes qui font souvent adhérer faiblement les deux surfaces contiguës de la plèvre, on rencontre encore, dans la cavité de cette membrane,

une ou plusieurs cuillerées à bouche d'une sérosité trouble opaline, et quelques flocons albumineux. Sur trois sujets la pleurésie s'étendait beaucoup au delà des limites de la pneumonie; une fois même elle était générale et avait produit un épanchement séro-albumineux très-abondant.

Une pleurésie plus ou moins étendue accompagne également la pneumonie qui frappe les enfants et les vieillards ; mais aux âges extrêmes de la vie, la lésion pleurale est moins constante et généralement moins étendue que chez les adultes. Ainsi, dans la pneumonie lobulaire des enfants, la pleurésie n'existe guère que chez un quart ou chez un cinquième des sujets. Mais si la pneumonie est lobaire, la pleurésie se montre en proportion beaucoup plus considérable, c'est-à-dire sur les deux tiers ou les trois quarts. C'est aussi dans cette dernière proportion à peu près qu'on trouve la pleurésie dans la pneumonie des vieillards. Si pendant longtemps les médecins, nonobstant l'opinion de Dugès (1), ont cru que l'hépatisation existait presque toujours chez les enfants sans pleurésie concomitante, si chez le vieillard on a pensé également que sans être aussi rare elle faisait plus souvent défaut que chez l'adulte, c'est parce qu'on avait confondu parfois avec l'hépatisation d'autres lésions qui s'en distinguent, la splénisation par exemple, qui existe le plus souvent, en effet, sans phlegmasie concomitante de la plèvre.

§ 2. — De l'état des bronches.

L'examen des bronches nous offre à considérer : 1° le calibre de ces conduits; 2° la coloration, l'épaisseur et la consistance de la membrane muqueuse qui les revêt; 3° les produits de sécrétions ; liquides ou fausses membranes contenus dans leur cavité.

1° *Calibre.*—J'ai noté le calibre des bronches sur dix-huit sujets; dans aucun de ces cas elles n'étaient dilatées. Laennec, MM. Andral, Chomel, Hourmann et Dechambre ne paraissent pas non plus avoir observé la dilatation des bronches chez les adultes ni chez les vieillards qui succombent à une pneumonie aiguë.

On a dit qu'il n'en était pas de même pour les jeunes sujets. Il n'en est rien pourtant. Si l'on examine, en effet, le calibre des bronches chez des enfants qui sont morts d'une pneumonie *lobaire*, la seule qui soit comparable à la pneumonie de l'adulte, on ne constate pas d'ampliation dans le calibre des conduits aériens, ni au

(1) Thèses de Paris, année 1821, n° 64, p. 27.

niveau de l'hépatisation, ni ailleurs. Mais il en est autrement chez les enfants emportés par une pneumonie lobulaire généralisée. S'ils ont lutté longtemps, si la sécrétion bronchique a été abondante, on trouvera une ampliation générale d'un nombre plus ou moins considérable de rameaux bronchiques. Cette dilatation atteindra les tuyaux qui traversent les parties qui sont ou splénisées ou hépatisées, comme celles qui sont plus ou moins loin de la lésion pulmonaire, c'est là déjà une présomption que la pneumonie n'est pour rien dans la dilatation subie par quelques bronches; il faut ne voir ici qu'un résultat de la bronchite concomitante, qu'un effet mécanique, parce que les mucosités sécrétées en grande abondance et souvent difficilement expulsées s'accumulent dans les bronches et les dilatent plus ou moins. Le même effet a lieu pour les vésicules. Depuis la thèse de M. Fauvel (1), on connaît la fréquence de l'emphysème pulmonaire chez les sujets qui succombent à la bronchite capillaire; qu'elle se complique ou non de pneumonie, lorsque celle-ci existe seule, l'emphysème est rare et dans tous les cas sans proportion avec le degré d'imperméabilité du parenchyme.

2° *Coloration, épaisseur, consistance de la membrane muqueuse.*— Dans les douze cas où j'ai examiné la membrane muqueuse, celle-ci était d'un rouge obscur, bleuâtre ou vineux. Cette coloration commençait généralement à la bifurcation de la trachée, et elle était d'autant plus foncée qu'on s'approchait davantage des dernières ramifications bronchiques. Ces rougeurs étaient irrégulières et formées par des arborisations fines de la membrane elle-même, ou bien elles étaient uniformes, et dans ce cas elles étaient aussi plus foncées et provenaient le plus souvent des tissus subjacents; si l'on venait alors à détacher la membrane, on la trouvait grisâtre ou tout à fait pâle. Sauf une fois, où la muqueuse bronchique était légèrement friable au niveau des parties hépatisées, dans tous les autres cas elle n'avait subi aucune modification dans sa consistance ou dans son épaisseur; elle ne m'a jamais paru ni boursouflée, ni épaissie, ni amincie; toutefois cette partie de mes recherches laisse peut-être à désirer. Je me suis contenté, en effet, d'apprécier la consistance de la muqueuse en la grattant avec l'ongle : il eût été préférable sans doute de former des lambeaux ; mais il est assez difficile d'en obtenir, surtout dans les petites bronches.

L'ouverture des sujets qui ont succombé à une pneumonie ne révèle donc l'existence d'une bronchite que dans des cas assez rares. Je ne saurais donc partager l'opinion de M. Andral, qui re-

(1) *De la bronchite capillaire.* Paris, 1840.

garde la phlegmasie des bronches comme accompagnant constamment celle du parenchyme pulmonaire (1). La rougeur plus ou moins intense de la muqueuse que M. Andral signale comme constante, ne peut que révéler un état de congestion soit active, soit passive; mais pour conclure à une phlegmasie, il faut que le tissu membraneux ait subi quelque modification importante dans sa consistance ou dans son épaisseur.

Ce que je viens de dire ne s'applique qu'à la pneumonie lobaire. On comprend qu'il n'en est plus de même dans la pneumonie lobulaire et dans la broncho-pneumonie; car alors la bronchite, qui presque toujours a précédé d'un temps plus ou moins long la phlegmasie pulmonaire, se révèle par des caractères plus tranchés. Cependant redisons encore combien il est difficile d'apprécier rigoureusement les altérations d'épaisseur ou de consistance de la muqueuse bronchique ; combien aussi il est facile, surtout quand on examine les petites bronches, d'attribuer à la membrane muqueuse une coloration qui appartient exclusivement aux tissus subjacents.

3° *Produits de sécrétion.* — Ils sont liquides ou solides. Les malades succombant rarement au début de la maladie, lorsque la pneumonie n'a pas encore franchi le premier degré, on ne trouve presque jamais à l'autopsie ces crachats rouillés qui constituent pendant la vie un des signes les plus certains de la phlegmasie du parenchyme pulmonaire. Dans les pneumonies lobaires simples, il y a dans les bronches une quantité variable et en général peu abondante d'un mucus blanc, opaque, visqueux, peu aéré.

Il n'en est plus de même dans la broncho-pneumonie, si commune aux deux extrêmes de la vie; ici les bronches contiennent alors beaucoup de liquide d'aspect très-variable; son abondance peut être telle, que nous avons pu expliquer par elle la dilatation des bronches qu'on observe quelquefois dans l'enfance.

La présence des mucosités, leur abondance indique-t-elle l'existence d'une inflammation des bronches? S'il est vrai de dire que les bronchites capillaires s'accompagnent presque toujours d'une accumulation assez considérable de liquide séreux dans les voies aériennes, il faut convenir aussi que fréquemment les mucosités existent en grande quantité sans qu'à l'autopsie on puisse constater d'une manière positive l'existence d'une phlegmasie de la muqueuse. D'ailleurs il est bien prouvé aujourd'hui qu'une supersécrétion n'est pas nécessairement subordonnée à un état phlegma-

(1) *Clinique médicale*, 4e édit., t. III, p. 472.

sique. Je dirai aussi que fréquemment on ne trouve les mucosités en aussi grande abondance dans les tuyaux aériens que parce que l'expectoration est devenue moins facile et même a cessé de se faire dans les derniers jours de l'existence, à cause de la faiblesse des malades. C'est aussi ce qui explique en partie pourquoi les liquides bronchiques sont généralement plus abondants chez les enfants et chez les vieillards.

Je n'ai jamais rencontré de fausses membranes dans la cavité des bronches. Cependant quelques auteurs en ont rapporté plusieurs exemples. Lobstein (1) dit avoir fréquemment trouvé dans le troisième degré de la pneumonie les bronches bouchées par une substance couenneuse, solide dans les gros rameaux, et quelquefois creuse dans les petits, d'où l'on pouvait l'extraire sous forme de tubes; la muqueuse bronchique était manifestement enflammée dans les points correspondants. M. A. Reynaud parle également (2) d'une matière plastique pouvant exister dans les bronches d'un petit calibre, s'y présentant sous la forme de cylindres solides, dont l'effet est d'en déterminer la complète oblitération. Ce genre d'altération, quand il a son siége dans les très-petites bronches, et qu'un grand nombre d'entre elles se trouvent simultanément affectées, constitue, d'après M. A. Reynaud, une forme particulière de pneumonie. M. le docteur Nonat a réuni dix observations de pneumonies avec productions de fausses membranes dans les bronches. Ces faits furent recueillis dans les hôpitaux de Paris pendant l'épidémie de grippe de 1837 (3). Les concrétions fibrineuses sont tantôt pleines, plus souvent elles sont creuses; elles sont libres ou adhérentes dans les bronches des lobes hépatisés. Elles sont d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, tantôt molles, tantôt plus ou moins résistantes; constituées par une matière fibrino-albumineuse, elles présentent la plupart des caractères physiques et chimiques des fausses membranes qui se forment à la surface des autres muqueuses.

Loin de considérer ces productions comme un pur accident, un observateur distingué de l'Allemagne, le docteur Remak (de Berlin), a prétendu que dans toutes les pneumonies il existait des

(1) *Archives médicales de Strasbourg*, n° 1, mars 1835, p. 9.

(2) *Dictionnaire* en 30 vol., t. VI, p. 28. — *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1835, t. IV, p. 136.

(3) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. II, p. 214.—Voyez aussi deux thèses, l'une soutenue à Strasbourg, en 1854, n° 327, par M. Wiedemann; l'autre à Paris, en 1855, n° 111, par M. Cadiot.

concrétions ramifiées dans les bronches les plus ténues ; que c'était là un phénomène constant, et par conséquent caractéristique de la maladie. Cette opinion pourtant n'est point acceptée en France, où l'on considère à juste raison les concrétions polypiformes des bronches comme une lésion rare, et constituant bien moins une forme spéciale de pneumonie qu'une complication de la maladie. Plus tard, en traitant des matières expectorées, nous reviendrons sur ces faits ; nous prouverons que les concrétions fibrineuses des bronches sont loin d'être identiques, et qu'on a confondu sous ce titre deux choses très-distinctes.

§ 3. — État des ganglions bronchiques.

Je n'ai examiné l'état des ganglions bronchiques que sur neuf cadavres ; et, chez sept, j'ai constaté qu'ils étaient le siége de quelque altération récente. Leur volume était plus considérable ; ils étaient plus ou moins ramollis, friables, parfois diffluents ; plusieurs fois ils avaient une couleur rouge ou lie de vin, ou bien ils étaient nuancés de rose, de gris et de noir, suivant la quantité de matière colorante pulmonaire qui les avait pénétrés. Une seule fois j'ai reconnu du pus infiltré dans leur parenchyme, mais jamais ce liquide n'a été réuni en un seul foyer de manière à former un abcès. Dans un cas, je n'ai trouvé qu'un seul ganglion altéré ; dans tous les autres on en comptait plusieurs, et l'altération était généralement parvenue dans chacun d'eux à des degrés différents. MM. Rilliet et Barthez, ainsi que M. Barrier, ont fréquemment trouvé la même lésion chez les enfants.

Il est inutile d'insister ici pour prouver que l'altération des ganglions bronchiques que je viens de décrire est le résultat d'un travail inflammatoire. C'est une inflammation symptomatique ; elle est analogue à ces adénites que nous observons si souvent à l'extérieur dans les ganglions superficiels qui reçoivent les lymphatiques provenant des parties enflammées. La phlegmasie des ganglions bronchiques marche en général beaucoup plus lentement que l'inflammation du tissu pulmonaire : c'est ce qui explique pourquoi, lorsque la pneumonie est arrivée au troisième degré, on trouve si rarement du pus dans la glande bronchique. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, le travail de suppuration peut marcher plus vite, et un véritable abcès avoir lieu. Ainsi, M. le docteur Fauvel rapporte que, chez un enfant mort de pneumonie, il avait trouvé les ganglions bronchiques généralement volumineux, rougeâtres ou un peu jaunâtres et ramollis : l'un d'eux, placé à la racine du pou-

mon droit, à l'angle rentrant de la bifurcation des bronches, était converti en un foyer purulent qui simulait d'autant mieux un abcès ou une caverne pulmonaire que le tissu pulmonaire environnant était hépatisé ; aucun ganglion ni aucun autre organe ne contenaient de matière tuberculeuse (1).

§ 4. — État du cœur et état du sang contenu dans ses cavités et dans les gros vaisseaux.

La consistance du cœur, la quantité plus ou moins considérable de sérosité épanchée dans le péricarde, n'ayant pas été notées, ou ne l'ayant été que vaguement, je n'en parlerai pas, mais j'étudierai avec quelques détails l'état du sang qui est contenu dans le cœur ainsi que dans les gros vaisseaux.

Dans le cœur de tous les cadavres des sujets morts de pneumonie, j'ai trouvé constamment du sang en quantité plus ou moins considérable, tantôt fluide, le plus souvent coagulé, et formant des caillots, les uns noirs, mous et friables, les autres jaunâtres, denses, élastiques et glutineux. A l'exception de deux individus chez lesquels les cavités du cœur avaient subi une grande distension par l'effet de l'accumulation des caillots, je n'ai pas observé que sur les cadavres des pneumoniques l'organe fût sensiblement plus volumineux que sur les sujets emportés par d'autres maladies aiguës étrangères au poumon.

Parmi les vingt-cinq individus dont je parle, il en est cinq dont les cavités du cœur ne contenaient plus de sang fluide ; mais elles étaient plus ou moins distendues par des caillots décolorés, jaunâtres, fibrineux, élastiques, un peu humides pour la plupart, adhérents aux parois des ventricules et des oreillettes, ou entortillés entre les colonnes charnues et les tendons des valvules. Ils étaient toujours plus abondants et plus volumineux dans les cavités droites que dans les cavités gauches ; ils se prolongeaient parfois dans les veines pulmonaires, dans les veines caves, mais surtout dans l'aorte thoracique et dans l'artère pulmonaire. Sur trois cadavres, ayant poursuivi les ramifications de ce dernier vaisseau dans les poumons, je les trouvai pour la plupart obstruées par des caillots de même nature que les précédents et dont quelques-uns adhéraient assez fortement aux parois. Sur quatre autres cadavres les caillots étaient aussi volumineux que précédemment ; mais ils étaient pour la plupart noirs, mous, et se laissaient facilement diviser à la

(1) *Archives génér. de médecine*, 3e série, t. VII, p. 77.

moindre pression ; toutefois on rencontrait aussi chez tous ces sujets quelques concrétions fibrineuses et décolorées, qui étaient généralement appliquées sur les parois ou entortillées autour des colonnes charnues, et se propageaient à l'origine des gros vaisseaux artériels. Sur quinze cadavres, c'est-à-dire chez les trois cinquièmes, le sang trouvé dans le cœur était noir, fluide ou réuni en caillots noirâtres, mous et friables, sans aucun mélange de caillots fibrineux. Un seul cadavre n'a offert aucun caillot, ni dans le cœur ni dans les principaux vaisseaux ; le sang était partout fluide.

L'aorte, les cavités du cœur ont été examinées avec soin dans tous les cas qui précèdent, et jamais, même lorsque les caillots adhéraient fortement à la membrane interne, celle-ci n'a offert aucune modification d'épaisseur ou de consistance.

L'âge, le sexe des malades, le siége, le degré de la pneumonie ; l'époque plus ou moins avancée de la mort ; le traitement mis en usage, n'ont paru exercer aucune influence sur l'aspect du sang contenu dans le cœur. Il n'y a même pas eu de rapport constant entre l'état du sang tiré pendant la vie et celui qui existait après la mort dans les gros vaisseaux et dans le cœur. C'est ainsi que sur onze des individus dont les caillots contenus dans le cœur étaient noirâtres et mous, il y en avait neuf dont le sang extrait de la veine, souvent à une époque voisine de la mort, avait présenté un caillot dense, et s'était recouvert d'une couenne inflammatoire, épaisse et consistante. Dans deux cas seulement le sang des saignées avait été mou, diffluent et à peine couenneux. Chez les sujets qui présentèrent les caillots fibrineux, denses, élastiques, dont j'ai parlé en premier lieu, le sang tiré de la veine pendant tout le cours de la maladie avait toujours présenté un coagulum épais, dense et couenneux. La forme de la maladie paraît avoir eu quelque influence sur l'aspect du sang. Ainsi tous les malades, au nombre de six, qui ont succombé avec des symptômes typhoïdes très-marqués ou pendant la constitution grippale de février 1837, ont présenté dans le cœur des caillots exclusivement noirs et mous, mêlés rarement à quelques portions jaunâtres, denses et fibrineuses.

Pour connaître l'influence que la pneumonie pouvait exercer sur l'aspect du sang contenu dans le cœur, j'ai examiné quel était l'état de ce fluide chez ceux qui avaient succombé à d'autres affections ; or, voici ce que j'ai constaté. Chez un peu moins de la moitié des individus qui sont morts de fièvre typhoïde, le sang n'a présenté que quelques caillots fibrineux plus ou moins rares ; constamment ils étaient unis à des caillots noirs peu consistants. Dans plus de la moitié le sang était fluide ou ne renfermait que quelques grumeaux

noirâtres. Sur vingt femmes qui succombèrent à la péritonite puerpérale, je trouvai du sang noir et fluide dans le cœur chez huit; sur un nombre égal on trouvait aussi une certaine quantité de caillots noirs et mollasses : enfin ce ne fut que sur trois cadavres que je rencontrai quelques caillots fibrineux et denses; mais ils existaient exclusivement dans l'oreillette droite, sans adhérer à ses parois; du sang fluide était contenu dans les autres cavités. J'ai obtenu le même résultat chez les sujets emportés par des fièvres éruptives. Il en fut à peu près de même pour huit sujets qui ont succombé rapidement, sans fièvre, à des maladies cérébrales; les caillots trouvés dans le cœur étaient volumineux, mais ils étaient en grande partie noirs et mous. Enfin, parmi les maladies chroniques qui ont amené la mort sans exciter de mouvement fébrile, du moins considérable, les affections organiques du cœur sont celles qui présentèrent à l'autopsie les caillots les plus abondants; sur vingt-deux de ces cadavres que j'ai examinés, un seul a offert les caillots denses, fibrineux, sans mélange de caillots noirs, tandis que chez tous les autres, sans aucune exception, les premiers étaient rares comparativement aux seconds.

On peut se convaincre par ce qui précède que de tous les individus qui succombent aux diverses maladies aiguës ou chroniques dont j'ai parlé, ceux qui meurent de pneumonie sont les seuls qui présentent à peu près constamment des caillots dans le cœur ou dans les gros vaisseaux, puisque, en effet, nous ne les avons vus manquer qu'une seule fois sur vingt-cinq. Chez dix-neuf les caillots étaient entièrement noirs et mollasses, ou bien ils étaient mêlés à quelques concrétions fibrineuses, et sous ce rapport il n'y avait pas une bien grande différence entre les sujets morts de pneumonie et ceux qui avaient succombé à d'autres maladies. Dans un cinquième des cas les caillots trouvés dans le cœur furent tout à fait décolorés, denses, élastiques, entortillés entre les colonnes charnues ou adhérents aux parois, disposition que j'ai rencontrée sur quelques sujets morts d'autres maladies; mais je n'ai jamais vu ces concrétions aussi marquées ni en proportion aussi grande que dans la pneumonie.

Ainsi se trouve confirmée l'opinion émise par Borsieri (1), savoir que la pneumonie doit être regardée comme une cause des concrétions polypeuses du cœur. M. Bouillaud (2) a dit qu'on devait po-

(1) *Inst. medicinæ*, t. IV. p. 233.

(2) *L'Expérience*, t. III, p. 345. — *Traité clin. des maladies du cœur*, 2e édition. Paris, 1841, t. II, p. 716.

ser en loi d'anatomie pathologique, que les concrétions sanguines existaient constamment chez les sujets qui succombent à une pleuro-pneumonie aiguë, franche, bien caractérisée et parvenue à son deuxième ou troisième degré. Si par concrétion sanguine M. Bouillaud avait voulu désigner indistinctement tous les coagulum noirs ou jaunes, mous ou denses, qui peuvent se former dans les cavités du cœur, la loi serait peut-être vraie, quoiqu'on pût reprocher à l'auteur de l'avoir établie d'après un trop petit nombre de faits, et de n'avoir pas recherché si cette loi était seulement applicable à la pneumonie ou à tout autre état morbide. Mais par *concrétion sanguine* M. Bouillaud n'ayant voulu parler que des caillots jaunes, glutineux, décolorés, je crois qu'il a émis une proposition beaucoup trop générale, comme cela résulte d'ailleurs des faits que je viens d'analyser.

Des concrétions analogues à celles dont il a été question peuvent également se former dans les vaisseaux. J'ai déjà dit que les caillots fibrineux du cœur se continuaient assez souvent dans les vaisseaux artériels et veineux qui partent de cet organe ou qui y aboutissent. Dalmas a rapporté à ce sujet un fait extrêmement remarquable d'oblitération de l'aorte par un caillot fibrineux récemment formé (1) ; je citerai plus au long cette curieuse observation, lorsque je traiterai des complications qui, dans le cours des pneumonies, surviennent du côté des organes circulatoires.

Les concrétions qu'on rencontre dans le cœur ne se développent pas à la même époque. Nul doute que ces caillots noirâtres et mous plus ou moins volumineux qui sont libres dans les cavités du cœur, et surtout dans les cavités droites, ne se soient formés après la mort ; car ils présentent tous les caractères des caillots récents. Quant à ces masses qui sont formées à la fois par un mélange de caillots noirâtres et fibrineux, libres ou adhérents aux parois, quelques-uns peuvent se concréter pendant l'agonie ; mais je crois que la plupart se développent après la mort, comme je le démontrerai bientôt expérimentalement. Pour les concrétions glutineuses, élastiques, entortillées, entre les valvules, ou qui adhèrent intimement aux parois du cœur ou des vaisseaux, je crois qu'elles se forment un ou plusieurs jours avant la mort, ou au plus tard pendant l'agonie. And. Pasta (2), qui le premier osa s'élever contre la doctrine des polypes du cœur, soutint que toutes les concrétions, de quelque aspect qu'elles fussent, se développaient après la mort ;

(1) *L'Expérience*, t. I, p. 493.

(2) *Epist. de cordis polypo.*

il ne faisait pas même une exception pour les caillots fibrineux adhérents, qu'il comparait, avec Zollincoffer, à la couenne du sang (1). Pasta avait prétendu pouvoir produire à volonté, toute espèce de concrétion sanguine. Il affirme, en effet, que si l'on reçoit le sang dans les ventricules du cœur d'un bœuf, il adhérera à leurs parois de la même manière que les polypes, pourvu que le sang soit couenneux. J'ai reçu dans des cœurs humains, préalablement vidés et lavés, une certaine quantité de sang au moment où ce liquide était extrait de la veine d'individus atteints de rhumatisme articulaire fébrile, ou de pneumonie. Le sang était conservé avec le cœur dans un repos parfait et à l'abri du contact de l'air. Vingt-quatre heures après, examinant le résultat de l'expérience, j'ai constamment vu le sang réuni en caillots noirs, mous, peu adhérents; dans la moitié des cas, il y avait également quelques portions fibrineuses distinctes ou mêlées au caillot noir et occupant la surface de celui-ci; mais je n'ai jamais trouvé de concrétions entièrement jaunes, denses, élastiques, adhérentes, entortillées autour des colonnes charnues, semblables enfin à celles que nous avons rencontrées sur un cinquième des sujets morts de pneumonie.

Comment expliquer la formation des concrétions fibrineuses, et quelle en est la cause? Borsieri regardait la diathèse inflammatoire comme étant une des causes de ces concrétions. Il est certain qu'on ne peut révoquer en doute l'influence qu'exerce dans leur production l'existence d'une phlegmasie, surtout d'une pneumonie excitant un mouvement fébrile intense. C'est ainsi qu'ayant recherché comparativement l'état des caillots dans le cœur de huit sujets morts sans complication de phlegmasie, dans la dernière période des maladies organiques pour la plupart cancéreuses, j'ai trouvé constamment, quelle que fût la longueur de l'agonie, le sang partout fluide, décoloré ou réuni en caillots noirs, très-mous et peu nombreux; tandis que, chez huit autres sujets qui, dans le cours d'une maladie organique arrivée à la même période, avaient été emportés par une phlegmasie intercurrente (péritonite, arachnitis et pneumonie), les caillots étaient plus volumineux, plus abondants, plusieurs étaient denses et fibrineux; ces derniers étaient surtout plus nombreux dans le cas où il y avait eu pneumonie. Ces faits démontrent donc d'une manière positive l'influence qu'exerce l'état phlegmasique dans la production des caillots fibrineux. L'augmentation du chiffre de la fibrine, qui de trois peut s'élever à huit, explique la disposition qu'a le sang à se coaguler. Mais

(1) Morgagni, *De sedibus*, epist. XXIV, § 30.

pourquoi a-t-il plus de tendance à le faire dans la pneumonie que dans les autres phlegmasies?

Faut-il admettre que, le poumon devenu moins perméable, le sang stagne davantage dans les cavités cardiaques et se trouve ainsi dans des conditions favorables pour sa coagulation? Cette opinion est vraisemblable, mais non encore démontrée.

J'ai bien rarement recherché si les vaisseaux du poumon malade présentaient quelque altération. Je le regrette d'autant plus vivement qu'un des maîtres les plus illustres en anatomie pathologique, M. Cruveilhier, a dit que la phlébite de l'artère pulmonaire coïncidait fréquemment avec la pneumonie, siégeant tantôt dans les petites divisions, tantôt dans les divisions principales du vaisseau (1). Il aurait été nécessaire que M. Cruveilhier eût donné des renseignements plus précis, afin de pouvoir déterminer si ce qu'il a vu était vraiment une phlébite bien caractérisée ou plutôt des simples concrétions sanguines plus ou moins adhérentes formées sur place ou venues soit du cœur soit d'un point plus éloigné.

§ 5. — État des voies digestives.

1° *Estomac.* — Chez les sujets qui succombent à la pneumonie, il n'est pas rare de rencontrer un certain degré de ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Chez 24 individus dont la muqueuse gastrique fut examinée avec soin, 6, ou un quart, présentaient un ramollissement de cette membrane avec ou sans amincissement et dans une étendue variable. Cette proportion paraît être un peu plus considérable que celle que M. Louis avait trouvée dans les faits analysés par lui (2). Dans la moitié des cas le ramollissement était borné au grand cul-de-sac; dans l'autre moitié on l'observait également sur l'une et l'autre face. Une fois j'ai trouvé sur la grande courbure une ulcération grosse comme une lentille, et qui paraissait avoir été produite par l'émétique qu'on avait administré à haute dose. Enfin, sur un cadavre je trouvai toute la face postérieure de l'estomac d'un blanc mat, et il suffisait de la plus légère pression pour la déchirer et pour la réduire en pulpe. C'était probablement un exemple de digestion des parois de l'estomac par le suc gastrique dont on a cité d'assez nombreux exemples.

Tous les individus qui ont offert à l'autopsie un certain degré de

(1) *Anatomie pathologique du corps humain.* In-fol. 32e livraison.

(2) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. I, p. 153.

ramollissement avaient pris pendant un ou plusieurs jours la potion stibiée. Est-ce à cette médication pourtant qu'il faut attribuer l'altération de la membrane muqueuse? Je ne le pense pas ; car presque tous les autres qui ne présentaient pas la même lésion, avaient pourtant été soumis au même traitement. Chomel et Genest, sur 24 sujets morts de pneumonie, ont vu huit fois le ramollissement de la muqueuse gastrique; sur ces 8 individus, 3 seulement avaient pris pendant un ou deux jours l'émétique à haute dose, tandis que sur les 16 autres qui n'offraient pas cette lésion, près de la moitié avaient été soumis à la même médication et dans les mêmes circonstances, en sorte que ce n'est pas à l'influence de ce moyen que l'on peut attribuer la fréquence du ramollissement de la muqueuse gastrique dans les cas de pneumonie dont je parle (1). D'ailleurs le ramollissement n'est point particulier à la pneumonie ; on le retrouve à peu près aussi souvent dans le cours des autres maladies aiguës, et même un peu plus fréquemment dans la fièvre typhoïde que dans toutes les autres affections (Louis).

Le ramollissement est donc indépendant de la médication, il l'est aussi jusqu'à un certain point du siége qu'occupe la maladie qui a entraîné la mort. M. Louis, qui le premier a fait connaître ces faits, les a interprétés d'une manière fort juste. On doit admettre aujourd'hui avec cet éminent observateur, que dans un certain nombre de cas où une affection aiguë donne lieu à un mouvement fébrile de quelque durée, la membrane muqueuse de l'estomac devient, à une époque variable de la maladie, le siége d'une lésion plus ou moins grave, suivant la disposition du sujet (2). Le ramollissement qui est la plus commune des lésions consécutives dont je parle, est-il de nature inflammatoire? Les faits que j'ai observés tendent à faire croire le contraire; car on ne trouvait pas autour de la partie ramollie aucune des lésions caractéristiques d'un travail phlegmasique. D'ailleurs M. Louis émet les mêmes doutes que moi sur la nature inflammatoire du ramollissement de la muqueuse gastrique, qui survient dans les conditions dont je parle.

2° *Intestins.* — La membrane muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin présente des lésions analogues à celles de l'estomac.

M. Louis a prouvé, en effet, que l'intestin comme l'estomac s'affecte consécutivement à un mouvement fébrile qui a une certaine durée, le ramollissement de la muqueuse intestinale est même plus considérable chez les sujets qui succombent à la pneumonie que

(1) *Leçons sur la fièvre typhoïde.* Paris, 1834, p. 241.

(2) *Fièvre typhoïde*, 2e édit., t. I, p. 156.

chez ceux qui sont enlevés par une autre affection, de manière que parmi les premiers 4 sur 30 seulement avaient la membrane muqueuse de bonne consistance dans toute son étendue (1). Chez les jeunes enfants et surtout chez les nouveau-nés, on ne trouve presque pas de lésions secondaires appartenant à la pneumonie. Valleix l'explique par la durée plus courte de la fièvre dans le jeune âge; car on sait que, d'après les belles recherches de M. Louis, le nombre et la gravité des lésions secondaires sont toujours en rapport avec l'intensité et la durée du mouvement fébrile.

Parmi les autres organes abdominaux, je n'ai guère examiné que le foie, la rate et les reins.

3° *Foie.* — Le foie examiné avec soin dans quinze cas, m'a paru avoir toujours son volume normal. M. Louis avait également remarqué que le volume du foie n'était pas plus souvent considérable chez les sujets morts de pneumonie que chez ceux qui avaient succombé à d'autres affections. Dans cinq cas, l'organe contenait une plus grande quantité de sang; ce liquide ruisselait lorsqu'on y pratiquait des incisions. Quant à la consistance, elle était moindre chez onze, augmentée ou naturelle chez quatre.

4° *Rate.* — Je ne dirai rien de la rate que j'ai toujours trouvée assez consistante et d'un volume peu considérable.

5° *Reins.* — Les reins ne présentaient aucune lésion notable, excepté chez deux individus chez lesquels j'ai retrouvé l'altération caractéristique de la maladie de Bright ; celle-ci était certainement antérieure à la pneumonie,

§ 6. — État du système nerveux.

1° *Cerveau.* — Le cerveau n'a guère été examiné que dans les cas où l'on avait observé pendant la vie quelque trouble du côté de ses fonctions. Je dirai plus tard les altérations que j'y ai rencontrées, lorsqu'à l'article *Complication*, je rechercherai si l'on peut expliquer par des lésions matérielles saisissables des méninges et du cerveau, le délire, le coma et les autres accidents cérébraux qui sont assez fréquents dans le cours de la pneumonie.

2° *Nerfs intercostaux.* — M. Beau ayant dit (2) que dans la pleuro-pneumonie il existait presque nécessairement une inflammation d'un ou de plusieurs des nerfs intercostaux, là où ils sont en contact immédiat avec les plèvres, c'est-à-dire vers leur tiers postérieur,

(1) *Loc. cit.*, p. 47.

(2) *Archives générales de médecine*, 4e série, 1847, t. XIII, p. 161.

j'ai cherché sur une dizaine de cadavres à vérifier si cette opinion était fondée. Pour mieux apprécier l'état des parties et avoir un point de comparaison aussi exact que possible, je mettais à nu les nerfs intercostaux du côté malade comme ceux du côté sain, et j'en faisais l'examen tout aussitôt; car il arrive souvent qu'en différant un peu, les tissus prennent aisément une coloration rougeâtre. Or, il est résulté de cet examen que dans aucun cas la phlegmasie de la plèvre ne s'était propagée au nerf lui-même. Celui-ci avait son volume, sa consistance normale et presque toujours sa coloration; parfois le névrilème était un peu rougeâtre, cette teinte était manifestement un effet d'imbibition, et si elle existait exclusivement du côté malade, c'est parce qu'en raison de l'accumulation plus considérable du sang, les extravasations étaient beaucoup plus faciles. La névrite intercostale annoncée par M. Beau n'existe donc point, et si on lit la description que ce médecin distingué en a donnée, on reconnaît aisément qu'il a conclu à l'existence d'une névrite, en se fondant sur des caractères insuffisants; il dit, en effet, que contre son attente, les nerfs qu'il regardait comme enflammés n'étaient ni plus mous, ni plus friables, Or, on comprend difficilement qu'un travail inflammatoire, quelque peu intense qu'il soit, puisse affecter un organe aussi délicat sans amener aussitôt dans sa nutrition des modifications considérables.

ARTICLE VIII.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DE LA PNEUMONIE CHRONIQUE.

Les pathologistes ont donné le nom de *pneumonie chronique* à différentes formes anatomiques de l'induration pulmonaire. Considérée comme très-fréquente à une certaine époque, la pneumonie chronique est néanmoins, de l'aveu de tous, une lésion très-rare. Elle se rencontre, en effet, si exceptionnellement, que M. Charcot, qui a fait de la pneumonie chronique une étude très-complète, estime qu'on réunirait difficilement plus de dix ou douze observations présentant toutes les garanties désirables (1). Mais il importe tout d'abord d'établir une distinction et de diviser en deux groupes les altérations que les auteurs regardent comme appartenant à la pneumonie chronique. Dans la première catégorie, il faut placer les indurations pulmonaires qui se sont développées indépendamment de toute autre

(1) *De la pneumonie chronique*. Thèse du concours d'agrégation. Paris, 1860, p. 4.

altération du parenchyme des poumons ; dans le deuxième groupe, j'étudierai les caractères et la nature des indurations qu'on observe assez souvent autour des productions accidentelles des poumons, et en particulier au voisinage des tubercules crus ou des cavernes.

§ 1er. — Pneumonie chronique simple.

L'induration du poumon, avec imperméabilité plus ou moins complète de son tissu, est le caractère essentiel, constant, de la pneumonie à l'état chronique. Bayle, il est vrai, a prétendu qu'il existait une pneumonie chronique *à l'état d'engouement ;* le poumon devenu plus ferme, plus rouge que dans l'état normal, serait très-pesant, et fournirait à l'incision une grande quantité de sang et de sérosité sanguinolente, etc. (1). Cette forme de la pneumonie chronique serait fréquente d'après Bayle ; mais cette opinion ne saurait être acceptée. L'erreur de cet éminent médecin provient, sans doute, de ce qu'ayant trouvé les poumons engoués chez des individus asthmatiques ou catarrheux, il a rattaché les accidents qu'il avait observés pendant la vie à cette congestion toute passive des poumons, congestion qui souvent même avait dû se faire uniquement dans les derniers jours de l'existence.

Il est impossible de dire ce qu'est la pneumonie chronique à son début, car nous n'avons pas encore des observations qui nous permettent de suivre en quelque sorte, pas à pas, comme nous le faisons pour la pneumonie aiguë, la succession des actes pathologiques. Chez des individus qui succombent six semaines ou deux mois après le début d'une pneumonie aiguë, incomplétement résolue, on trouve un état qui rappelle plus ou moins l'hépatisation rouge. Le tissu pulmonaire, imperméable, induré, est devenu plus ferme, plus compacte, plus lourd, le doigt ne le pénètre que difficilement, il se déchire moins aisément, et la surface des déchirures est hérissée, à peu près comme à l'état aigu, de granulations. Le tissu, sans être précisément sec, est pourtant beaucoup moins imprégné de liquide ; il a une coloration moins vive, moins uniforme surtout, il est pâle, grisâtre, marbré de noir, parfois uniformément ardoisé ou noir ; il est infiltré par un exsudat fibrineux, çà et là on trouve des globules pyoïdes et purulents et des cellules fusiformes. Ce n'est là, comme nous le disions tantôt, qu'une modification de l'état aigu. Chez les individus qui succombent à une pneumonie chronique franchement établie, les caractères anatomiques sont

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 12 et 386.

bien différents. Le tissu de l'organe est encore plus dur et plus imperméable à l'air que tantôt ; il offre extérieurement une couleur variable, le plus souvent elle est d'un gris un peu cendré, ou bien rougeâtre ou noire. Presque toujours on trouve la réunion de ces colorations diverses, ce qui donne au poumon un aspect comme tigré ou marbré ; le tissu est très-dur. Pressé entre les doigts, il résiste à tel point qu'il est difficile et même impossible de l'écraser. Si on le met dans l'eau, il se précipite rapidement au fond du liquide ; aucun effort ne saurait l'insuffler, et lorsqu'on l'incise, il résiste infiniment plus que ne fait l'hépatisation rouge; on croirait, par exemple, diviser soit l'utérus, soit un tissu fibreux, mais il ne crie point sous le scalpel, comme le ferait la section du tissu squirrheux. La coupe présente des nuances diverses ; Laennec dit que le gris violet ou le rouge livide y dominent. Suivant cet auteur, les surfaces des incisions offriraient l'aspect granulé d'une manière beaucoup plus marquée que dans la pneumonie aiguë. Lorsqu'on déchire le tissu, les granulations seraient plus distinctes, beaucoup plus fermes, plus sèches, et simuleraient, par leur rapprochement, des œufs d'insectes, pressés les uns contre les autres sans aucun intermédiaire (1).

Ce détail n'est pas exact; il est, en effet, incontestable aujourd'hui, comme je le disais déjà dans la première édition de ce livre, que dans la pneumonie chronique le tissu pulmonaire coupé ou déchiré, ou bien a complétement cessé d'être grenu, ou ne présente plus que des granulations disséminées et moins grosses qu'elles ne le sont dans l'hépatisation aiguë : c'est là un fait constaté par Chomel et par M. Charcot; je crois, en outre, que l'état granulé sera d'autant moins accusé que la maladie sera plus ancienne.

Voici d'ailleurs quelles furent les lésions que je rencontrai chez trois individus qui succombèrent dans le cours d'une pneumonie chronique.

Sur deux sujets atteints, en outre, d'une maladie organique du cœur, j'ai trouvé le tiers du lobe inférieur de l'un des poumons très-dur, et tout à fait imperméable. Chez un de ces sujets, la portion du poumon offrait une couleur grisâtre presque uniforme ; le tissu était partout homogène, et nulle part je ne pus trouver de vestige de granulations. Sur l'autre individu, le tissu pulmonaire était encore plus résistant ; il ne pouvait être pénétré par le doigt, quelque effort que l'on fît. Si après l'avoir coupé, on grattait sa surface avec le scalpel, on produisait ce bruit, ce cri particulier qu'on détermine quand on promène l'instrument sur un tissu

(1) *Auscultation*, 4e édit., t. I, p. 582.

fibreux. En regardant de près la surface des incisions, on y trouvait un tissu grisâtre marbré de noir, presque partout uni, cependant on apercevait de distance en distance des granulations très-distinctes, d'un gris rougeâtre, dures, mais cependant résistant beaucoup moins que le tissu environnant. Ces granulations étaient d'une grosseur inégale, mais généralement plus petites que dans les hépatisations aiguës; elles étaient réunies par groupes de dix à seize environ. La coupe du poumon malade était en outre remarquable dans les deux cas, et surtout dans le second, par des lignes blanchâtres irrégulièrement disséminées, manifestement formées par l'hypertrophie et l'induration du tissu cellulaire lamineux qui isole les lobules.

Les lésions furent un peu différentes chez le troisième individu, dont plus tard je rapporterai l'histoire, et qui succomba au soixante-douzième jour d'une pneumonie qui, aiguë d'abord, avait ensuite passé à la chronicité; le poumon gauche, presque entièrement hépatisé, offrait des aspects différents, suivant les points où on l'examinait. Le lobe inférieur, dur, compacte, était d'un gris rougeâtre; incisé, il offrait une surface plane sans granulations; mais celles-ci étaient assez distinctes lorsqu'on déchirait le tissu. Le lobe supérieur était induré partout, à l'exception d'une étendue de 3 centimètres du sommet où l'organe était encore crépitant. Le bord antérieur, que l'inflammation n'avait envahi que dans les derniers temps, présentait tous les caractères de l'hépatisation grise ordinaire; le reste de ce lobe était en état d'hépatisation rouge, les granulations étaient très-visibles à la coupe et à la déchirure. En somme, cette hépatisation, si semblable à celle de l'état aigu, en différait par la plus grande dureté du tissu et parce qu'elle offrait une coloration grisâtre, légèrement ardoisée. On voit que dans l'induration chronique du poumon, on peut rencontrer des granulations semblables à celles de l'état aigu; mais celles-ci manquent souvent, le tissu pulmonaire offre alors une surface lisse, unie à la coupe et même à la déchirure. L'aspect granulé, encore bien accusé lorsque la maladie ne date que de deux ou trois mois, tend à s'affaiblir et à disparaître au fur et à mesure qu'on s'éloigne du début.

En même temps que les granulations disparaissent, on voit d'autant plus marquées à la surface des incisions ces lignes blanchâtres dont je parlais tantôt, véritable corps fibreux développé aux dépens du tissu cellulaire lamineux, et qui tend sans cesse à s'étendre et à prédominer. Mais quelque grande, quelque avancée que soit l'altération, il est toujours aisé de reconnaître que c'est bien le tissu du

poumon qu'on a sous les yeux, tissu plus ou moins altéré, il est vrai, mais bien différent pourtant de ce qu'il est lorsqu'un produit accidentel l'a envahi, car il est alors complétement méconnaissable.

Le tissu pulmonaire chroniquement enflammé, devenu beaucoup moins vasculaire, contient de moins en moins de liquide; si à l'incision il s'écoule le plus souvent un peu de sérosité rougeâtre ou louche et non aérée, il arrive une époque où le tissu même, fortement comprimé entre les doigts, reste sec comme si l'on opérait sur un corps complétement fibreux.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer que dans un poumon atteint de phlegmasie chronique, les lésions ne sont pas partout les mêmes ; la maladie ayant plus ou moins lentement envahi des surfaces nouvelles, le travail morbide ayant très-inégalement marché dans chacune de ces étapes, il s'ensuit qu'on peut chez le même sujet, sur le même poumon, parfois sur le même lobe, trouver toutes les gradations susceptibles d'exister entre l'hépatisation rouge aiguë et les différentes formes que l'induration chronique peut présenter aux diverses phases de son évolution.

Le tissu pulmonaire chroniquement enflammé doit nécessairement avoir subi un changement notable dans son poids et dans son volume. Que l'un et l'autre soient plus ou moins considérablement augmentés au début, on le comprend sans peine, surtout si l'état chronique succède à un état franchement aigu ; mais il n'en est plus de même lorsque l'induration chronique est constituée d'emblée. Je ne sais encore si, en raison de l'imperméabilité du tissu et des dépôts plastiques, le poids est devenu plus considérable (ce que je crois aisément) ; mais il est certain que le volume de l'organe, du moins dans les parties envahies, est plus ou moins considérablement réduit. Dans la première observation du travail de M. Charcot, on voit que le lobe inférieur droit, qui seul était atteint d'induration chronique, avait subi une réduction de moitié; et dans la troisième observation, le poumon droit, atteint dans sa totalité, était d'environ un tiers moins volumineux que le gauche. On comprend que, dans ce cas, la cage thoracique doive offrir un retrait proportionné, c'est ce qu'on n'observe jamais à la suite des pneumonies aiguës, à moins qu'elles n'aient été compliquées d'une pleurésie avec épanchement assez considérable.

L'examen histologique de l'induration chronique a été fait avec soin dans ces derniers temps par M. Heschl, professeur à l'université de Cracovie, et, en France, par MM. Ch. Robin et Charcot. Je ne saurais mieux faire que de transcrire ici la des-

cription tracée par M. Charcot lui-même dans son important travail :

« Dans les premiers degrés de l'induration grise, ardoisée, une matière amorphe, finement granuleuse, molle et friable, remplit les canalicules (vésicules pulmonaires) que circonscrit la trame des fibres élastiques. La même matière se retrouve entre les éléments de cette trame qu'elle dissocie. La matière amorphe pâlit et devient transparente sous l'influence de l'acide acétique qui laisse subsister cependant un petit nombre de granules graisseux. Aux faisceaux des fibres élastiques et suivant leur direction générale s'interposent des éléments fibroplastiques, enchevêtrés par leurs extrémités et prenant ainsi une disposition fasciculée très-élégante. Le noyau n'est souvent visible que sur un petit nombre de ces corps fusiformes. La couche épithéliale, qui dans l'état normal sépare le contenu des canalicules (vésicules) du tissu de la trame élastique, a parfois complétement disparu. Les épithéliums cylindrique et pavimenteux sont plus granuleux qu'à l'état normal, surtout les derniers, on les rencontre soit isolés, soit juxtaposés en plaques plus ou moins larges, dans lesquelles on voit des granulations masquer le noyau de chaque cellule. Il y a des leucocythes, la plupart granuleux : les uns petits, régulièrement sphériques (globules de pus) ; les autres atteignant jusqu'à trois centièmes de millimètre, et contenant en abondance des granulations graisseuses (corps granuleux de l'inflammation (Ch. Robin). — M. le docteur Bouchut est arrivé, de son côté, à des résultats tout à fait concordants avec ceux que nous venons de présenter, dans ses études sur les caractères anatomiques de la pneumonie chronique des nouveau-nés. Cette altération, d'ailleurs fort rare suivant lui, se présente toujours à l'état lobaire et consiste en une induration rouge grisâtre du poumon. Le tissu malade est presque entièrement composé de matière amorphe, homogène, interposée aux éléments du poumon, parsemée de corps granuleux de l'inflammation, et de nombreux éléments fibro-plastiques. Il renferme souvent, en outre, des granulations miliaires, demi-transparentes, fort petites, qu'on pourrait prendre pour des granulations tuberculeuses, et qui sont formées d'éléments fibroplastiques ou de cellules d'épithélium pavimenteux entassées les unes sur les autres (1). » — Cette matière amorphe, finement granuleuse, de la pneumonie chronique, n'est pas sans présenter quelques analogies avec celle qui imprègne les tissus dans les cas d'in-

(1) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés.* 4e édition. Paris, 1862, p. 327.

filtration grise tuberculeuse. Voici, d'après M. Ch. Robin (1), les caractères qui permettraient de différencier les deux ordres d'altérations. La matière amorphe de l'infiltration grise tuberculeuse est beaucoup plus ferme, moins granuleuse, plus transparente que celle de la pneumonie chronique ; elle renferme soit des cytoblastions, soit des noyaux fibro-plastiques ovoïdes, plus ou moins nombreux, lesquels, du reste, ne sont souvent visibles qu'après l'addition d'acide acétique. On y trouve aussi des vaisseaux capillaires peu nombreux, il est vrai, mais constants et apercevables, au moins après l'addition d'acide acétique. Aucune difficulté ne subsisterait plus dans les cas où la matière aurait pris, en certains points, une coloration jaunâtre et renfermerait les noyaux particuliers dits corpuscules du tubercule.

A un degré plus avancé de la lésion, les espaces intervésiculaires ont doublé ou même triplé d'épaisseur ; les cellules fusiformes ont disparu, et elles ont été remplacées par du tissu conjonctif plus ou moins dense, à fibrilles plus ou moins déliées. A un moment donné, les vésicules se sont affaissées par suite de la résorption de leur contenu ; les vaisseaux capillaires ont en grande partie disparu, laissant après eux des amas pigmentaires. Alors le parenchyme pulmonaire paraît presque complétement composé de tissu conjonctif (Heschl). C'est là le dernier terme de la métamorphose fibreuse.

« Les tissus ainsi modifiés peuvent subir cependant encore une altération nouvelle. Ils sont frappés de dégénération graisseuse ; ils se ramolissent ou suppurent. »

J'avais dit, dans ma première édition, qu'on pouvait rencontrer des collections purulentes au centre d'un lobe chroniquement enflammé, MM. Hardy et Behier en citent deux exemples (2); M. Monneret a communiqué à M. Charcot un fait analogue. Les collections purulentes qu'on trouve au centre des parties indurées sont en général multiples et d'un volume peu considérable ; elles peuvent être isolées ou communiquer entre elles, être enkystées ou s'être ouvertes dans les bronches. Le pus qu'elles contiennent n'est point phlegmoneux, mais séreux, rougeâtre, sanieux. Les parois du foyer sont irrégulières, anfractueuses ; on pourrait croire, vu l'ancienneté de l'affection, qu'il devrait toujours exister une fausse membrane ; il n'en est rien : celle-ci manque souvent ; MM. Hardy et Behier n'ont pu en trouver aucun vestige dans les deux cas soumis à leur ob-

(1) Note communiquée par l'auteur.

(2) *Traité élémentaire de pathologie interne*, t. II, p. 644.

servation. C'est le tissu pulmonaire lui-même, induré, parfois ramolli, en détritus, parfois frappé de mortification, qui est immédiatement en contact avec le pus. Il sera toujours très-aisé, pour peu qu'on fasse attention, de ne pas confondre ces collections avec des tubercules ramollis; il est non moins facile de les distinguer d'une ampoule formée par la dilatation d'une bronche.

Doit-on admettre une forme de pneumonie chronique, uniquement constituée par la formation lente d'un abcès dans la substance pulmonaire, ou, en d'autres termes, un abcès froid peut-il se développer dans le poumon? Il existe dans la science un fait qui nous autorise à nous adresser cette question, bien que, par lui-même, il ne puisse pas la résoudre complétement (1). Il s'agit d'un jeune homme âgé de seize ans, de constitution délicate et portant des engorgements scrofuleux au cou; un abcès s'étant formé au-devant de la trachée, on l'incise; et l'ouverture, après s'être plusieurs fois fermée et ouverte, finit par rester fistuleuse; l'air y entrait et en sortait alternativement pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration; dans les efforts de toux, il s'en écoulait un pus de bonne nature, quoique très-fétide. Le jeune homme succomba deux ans après la formation de l'abcès, dans un grand état de marasme, et à l'autopsie, on découvrit que les deux ouvertures fistuleuses extérieures conduisaient dans un foyer de 6 centimètres, situé dans l'intervalle des deux sterno-mastoïdiens. A la partie inférieure droite de ce foyer existait une ouverture de 5 millimètres, orifice supérieur d'un trajet qui, s'enfonçant dans la poitrine, pénétrait dans le bord antérieur du poumon, cheminait dans la substance de l'organe jusqu'à la partie supérieure du lobe inférieur, où il s'ouvrait dans un foyer de 5 centimètres. Cette cavité était vide; superficiellement placée, elle n'était séparée du muscle triangulaire que par une couche mince de tissu pulmonaire qui y adhérait; ses parois étaient lisses, et l'on y voyait l'orifice de deux ou trois ramifications bronchiques. Le lobe supérieur du poumon droit adhérait au sommet du thorax; son tissu était sain et ne contenait aucun tubercule. L'organe offrait pourtant une induration noirâtre, bornée au voisinage du foyer. Le poumon gauche présentait une hépatisation grise très-circonscrite.

Ce fait manque malheureusement de beaucoup de détails sur les antécédents du malade. Cependant il peut être considéré comme un exemple fort rare, et peut-être encore unique, d'abcès froid primitivement formé dans le poumon, et constituant ainsi une forme particulière de pneumonie chronique.

(1) *Journal complémentaire*, t. XLI, p. 416.

Un poumon chroniquement enflammé peut être atteint en outre d'une gangrène plus ou moins étendue. On en trouve un exemple incontestable dans la clinique de M. le professeur Andral (1). On a signalé cet accident comme étant assez commun dans le cours de la pneumonie chronique. Le docteur Traube (de Berlin), cité par M. Charcot, dit que, sur 14 cas de gangrène du poumon qu'il a observés, il y en a eu 9 qui auraient succédé à une pneumonie chronique avec induration pulmonaire. M. Charcot fait judicieusement remarquer que l'insuffisance des détails concernant l'évolution et le mode de succession des symptômes rend le plus souvent douteux si c'est bien la pneumonie qui a été l'affection première, ou si c'est la gangrène qui a précédé l'inflammation. Ce dernier cas me paraît incontestablement le plus commun. La pneumonie est la compagne ordinaire de la gangrène pulmonaire. Si celle-ci envahit une large surface, si le malade succombe rapidement, c'est-à-dire en un ou deux septénaires, on trouve, à l'autopsie, le poumon frappé d'hépatisation rouge ou grise, tout autour de la partie mortifiée, et dans une étendue plus ou moins considérable; mais si la maladie suit une marche chronique, si les individus ne succombent qu'après trois semaines, un ou deux mois, on trouve alors les caractères anatomiques de la pneumonie chronique. Ainsi que je l'ai noté ailleurs (2), le tissu pulmonaire est dense, très-dur, presque fibreux, grisâtre, sec à la coupe, non granuleux, et cette lésion, qui peut être limitée à quelques millimètres, s'étend le plus souvent à plusieurs centimètres autour de la caverne; elle peut envahir tout un lobe et même le poumon en entier. Pour pouvoir bien apprécier alors quelle a été la succession des lésions, il est évident que l'inspection anatomique seule est insuffisante; elle serait plutôt capable de nous induire en erreur, car, à la vue des pièces pathologiques, on serait porté à regarder l'induration comme ayant dû être primitive, à cause de son étendue et du temps qu'il semble avoir fallu pour que le tissu ait subi une transformation aussi complète. Si l'on apprend pourtant que c'est au milieu de la santé la plus parfaite que l'individu a été pris d'un rhume sans gravité apparente, et qu'au bout de quelques jours les crachats sont devenus tout à coup infectes; que, dès ce moment, les phénomènes d'auscultation, à peu près nuls jusqu'alors, ou n'indiquant qu'une bronchite, ont révélé l'existence d'une induration pulmonaire qui a constamment fait des progrès, il sera impossible de méconnaître la véritable filia-

(1) Quatrième édition, t. III, obs. LXIV, p. 446.

(2) *Traité de pathologie interne*, 8e édition, t. II, p. 281.

tion des lésions; la gangrène a été manifestement alors l'altération première, et l'induration chronique la lésion secondaire ou consécutive. C'est dans cet ordre que se déclarent le plus communément les deux lésions dont je parle; par conséquent, on peut dire que la gangrène pulmonaire est bien moins souvent l'effet de la pneumonie chronique que celle-ci n'est la conséquence du sphacèle de l'organe.

La gangrène circonscrite ou l'existence antérieure de foyers purulents vidés dans les bronches peuvent bien, du moins pour la généralité des cas, expliquer ces excavations communément peu étendues qui existent parfois au centre des parties indurées, et qui, d'après M. Charcot, caractériseraient une forme de pneumonie chronique, qu'il propose de nommer *ulcéreuse*. Pour cet observateur distingué, il pourrait, en outre, se faire dans le tissu pulmonaire chroniquement enflammé de petits ramollissements partiels se montrant simultanément ou successivement sur plusieurs points, et ayant pour conséquence de produire des solutions de continuité, des ulcérations, sculptées en quelque sorte dans la masse morbide; des faits semblables paraissent avoir été vus par M. Thomas Addison (1); et c'est peut-être à cette lésion que Avenbrugger et Corvisart faisaient allusion, lorsqu'ils disaient que le squirrhe du poumon, mot par lequel ils désignaient manifestement l'induration chronique, pouvait tomber en fonte (2).

Est-il possible que la portion indurée du poumon puisse être séparée du reste de l'organe et en quelque sorte éliminée? C'est ce que pense le professeur Cruveilhier. Il a vu au centre d'une hépatisation grise une espèce de caverne remplie par un lambeau de poumon isolé de toute part, excepté par un pédicule délié formé par des ramifications bronchiques et par des vaisseaux (3). Il ne me répugnerait nullement d'admettre la supposition faite par mon illustre maître et ami, mais il n'est pas permis d'être très-explicite à cet égard, car on manque de renseignements précis sur les antécédents, et il serait possible qu'il y eût ici une espèce de gangrène sèche du poumon, comme on en rencontre de loin en loin quelques exemples plus ou moins semblables à celui que M. Louis

(1) *Observ. on pneumonia and its consequence* (*Guy's hospital Reports*, 2e série, 1843, p. 363).

(2) Avenbrugger, *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion*, § XXXIX, traduit et commenté par Corvisart. Paris, 1808.

(3) *Anatomie pathologique du corps humain*, 32e livraison, in-folio.

a rapporté (1) et analogues aussi à ceux dont j'ai parlé plus haut.

L'induration chronique a une étendue variable ; nous avons vu qu'elle pouvait être très-circonscrite ; le plus souvent elle envahit une partie de la totalité d'un lobe. Elle peut occuper un poumon tout entier. La vingtième observation de l'ouvrage de Bayle semble prouver, en outre, que la pneumonie chronique peut être double.

Il serait impossible aujourd'hui, vu le petit nombre d'observations, de déterminer, comme nous l'avons fait pour la pneumonie aiguë, si la pneumonie chronique envahit plus souvent l'un des poumons, si elle prédomine ou non dans un des lobes, questions qui ne peuvent, en effet, être résolues que par des statistiques faites avec de grands nombres.

Il est très-important de noter que, chez la plupart des individus qui succombent à une pneumonie chronique, les poumons ne contiennent point de tubercules ; il n'en existe ni dans les parties saines ni dans les parties malades.

On comprend sans peine que, si la pneumonie chronique frappait un poumon dont les bronches fussent antérieurement affectées d'une des formes de dilatation, la lésion bronchique dût persister ; mais si, lorsque la pneumonie envahit un poumon, les bronches ont leur calibre, il ne surviendra par le fait de la pneumonie aucune modification ; du moins les bronches, loin de subir une ampliation quelconque, participeront plus ou moins au retrait du tissu pulmonaire. M. Durand-Fardel est le seul, je crois, qui ait considéré l'induration chronique comme pouvant favoriser la dilatation des bronches (2). Le milieu dans lequel ce médecin distingué a recueilli ses observations (les asiles de vieillards) doit faire supposer que la lésion des bronches, si commune à cet âge, préexistait à la pneumonie ; d'ailleurs, ce qui semble prouver le peu d'influence qu'a dû avoir pour leur production la lésion pulmonaire, c'est la remarque même faite par M. Durand-Fardel, que les dilatations bronchiques étaient partielles et hors de proportion avec l'induration elle-même.

Dans la pneumonie chronique, la plèvre est souvent altérée ; il y a des fausses membranes qui font adhérer plus ou moins intimement le poumon à la paroi costale ; cependant il n'est pas rare que la plèvre soit intacte ; c'est ce qui a eu lieu dans les deux cas observés par MM. Hardy et Behier ; et c'est aussi ce qui a fait

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2e édition, 3e observation.

(2) *Traité des maladies des vieillards*, p. 602.

dire à ces médecins distingués que la pleurésie est moins commune dans la forme chronique de la maladie que dans la forme aiguë (1).

Faut-il rattacher à la pneumonie chronique ces lésions d'aspect divers que, dans quelques cas, il faut l'avouer, très-rares, l'infection vénérienne produit dans le parenchyme pulmonaire? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, tout en reconnaissant pourtant que la pneumonie chronique d'origine syphilitique ne *paraît* pas avoir les mêmes caractères anatomiques que celle qui survient spontanément ou sous l'influence des causes vulgaires. Il y a, en effet, dans le premier cas, moins souvent peut-être, une induration grisâtre, bleuâtre, avec production et exagération de tissu fibro-celluleux, que des tumeurs circonscrites, dures d'abord, puis molles et diffluentes, analogues à ces productions qui se font si communément dans le tissu cellulaire, et que l'on connaît sous le nom de *gommes*. Ces tumeurs, dont la constitution histologique n'est pas encore parfaitement connue, peuvent se montrer à tout âge; mais, ainsi que M. Depaul l'a établi, elles se rencontrent spécialement chez le nouveau-né (2). On en a trouvé également chez les adultes : M. Ricord en témoigne (3), sans en donner pourtant de preuve positive; Vidal (de Cassis) en a peut-être rencontré quelques exemples, et il décrit, en outre, une induration qui, si elle est bien vénérienne, se rapprocherait assez des indurations non spécifiques. Cet auteur dit qu'une femme syphilitique qui succomba avec des symptômes asphyxiques, présenta comme lésion unique une induration considérable des deux lobes inférieurs. En incisant par la partie postérieure les ramifications bronchiques de ces lobes, on constata qu'elles étaient entourées par une masse indurée d'une couleur gris bleuâtre, ayant une certaine analogie avec le marbre vert de mer. Cette masse remplaçait le parenchyme; elle offrait une vive résistance à la pression; le reste des poumons était sain, sans traces de tubercules (4).

Je sais combien ces détails sont incomplets, combien ils sont peu concluants; mais il en est ainsi toutes les fois qu'on aborde l'histoire de la syphilis viscérale. Nous verrons plus tard que si, au point de vue de l'anatomie pathologique, on ne peut encore rien dire de précis sur le genre de lésions que l'infection syphilitique produit

(1) *Traité élémentaire de pathologie interne*, t. II, p. 644.

(2) *Gazette médicale*, année 1851.

(3) *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*. Paris, 1851.

(4) *Traité des maladies vénériennes*, 2e édition. Paris, 1859, p. 522.

dans le parenchyme pulmonaire, il est impossible de contester néanmoins que des accidents pouvant faire croire, soit à des tubercules, soit à une pneumonie chronique, ont cédé à un traitement spécifique.

Il est plusieurs autres lésions qu'on a voulu rattacher plus ou moins directement à la pneumonie chronique : ce sont surtout les indurations mélaniques, la carnification et, chose fort étrange, les granulations grises demi-transparentes de Bayle.

Induration mélanique. — Nous avons vu que les parties du poumon qui étaient chroniquement enflammées pouvaient prendre une teinte ardoisée, noirâtre même, soit uniformément, soit par places. Cette couleur, d'ailleurs, est propre, en quelque sorte, à l'état chronique des phlegmasies, quel que soit le tissu qu'elles affectent. Mais il ne s'ensuit pas nécessairement pour cela qu'on doive rattacher à la pneumonie chronique les altérations variées du poumon dans lesquelles existe une teinte plus ou moins mélanique. Les produits accidentels, les tubercules en particulier, sont souvent entourés et même pénétrés par la matière mélanique, sans que cela change la nature de l'affection. Il se fait souvent aussi dans les poumons, par les seuls progrès de l'âge peut-être (1), mais, à coup sûr, par l'exercice de certaines professions, des amas de charbon pénétrant jusque dans les vésicules, et, après la destruction de celles-ci dans le tissu cellulaire intra-vésiculaire ; le parenchyme pulmonaire est atrophié ou détruit, et l'induration des tissus qui existe alors tient surtout à l'accumulation de la matière charbonneuse. Le tissu, ferme et résistant, offre, à la coupe, dit M. Tardieu (2), une matière sèche, très-légèrement granuleuse, amorphe, non enkystée, qu'on peut séparer plus ou moins aisément par le lavage, par la macération, ou en laissant putréfier la matière organique. Ainsi isolée, cette substance offre tous les caractères physiques et chimiques du charbon. Dans quelques cas, le corps étranger n'a pas eu seulement pour effet d'atrophier et de détruire le tissu pulmonaire; il peut provoquer, en outre, une induration analogue à celle qui caractérise la pneumonie chronique; induration communément circonscrite, et provoquée autant par le charbon accumulé que par la production d'un exsudat.

Cette disposition semble se rencontrer plus souvent encore chez les ouvriers aiguiseurs, qui succombent par suite des lésions que

(1) Voyez un excellent travail de M. N. Guillot, dans les *Archives générales de médecine*, année 1845.

(2) *Étude sur la profession du mouleur* (*Annales d'hygiène*, 2e série, t. Ier, année 1854).

leur profession développe dans le tissu pulmonaire, lésions qui ont été parfaitement décrites, dans ces derniers temps, par le docteur Hall, en Angleterre (1), par le docteur Desayvre, en France (2).

On voit fréquemment, à l'ouverture des cadavres des ouvriers dont je parle, de petits dépôts granuleux ayant à peu près le volume du plomb de chasse ordinaire, tantôt noirs, tantôt bruns, parfois blanchâtres, et qui ne sont rien autre que des concrétions formées de silice, de fer, de phosphate de chaux, plus ou moins colorées par cette matière mélanique qu'on trouve si fréquemment dans le poumon. Il n'y a point encore là de pneumonie; mais, plus tard, le parenchyme s'enflamme d'une manière évidente, ou bien il se congestionne seulement, et l'on voit se former peu à peu une lésion identique avec celle que nous avons décrite plus haut, et qui offre cependant quelques modifications en raison des circonstances qui l'ont provoquée. Ainsi le tissu pulmonaire est induré dans une étendue plus ou moins considérable, uniformément ou bien sous forme de noyau. Dans ces points, le poumon présente une coloration d'un gris noirâtre, et la surface de l'organe est parsemée de taches noires plus ou moins foncées qui indiquent le siége, dans l'intérieur du tissu, de noyaux ruguenx, noirs, plus ou moins durs, réunis parfois en masses plus ou moins volumineuses. MM. Hall, Bennett, le docteur Reale, qui ont examiné des poumons ainsi altérés et ayant appartenu à des aiguiseurs de Sheffield, ont reconnu que la lésion dont le parenchyme pulmonaire était le siége était manifestement le résultat d'un travail chronique d'exsudation, et qu'elle ne différait en rien d'essentiel de celle qui caractérise la pneumonie chronique. La coloration noire qu'on voit résulterait, en grande partie, de l'adjonction au produit exsudé d'une certaine quantité de matière pigmentaire; celle-ci, réunie souvent en masse, proviendrait d'une altération des globules sanguins. Il est inutile de faire observer que les portions malades du poumon présentent çà et là des particules siliceuses; mais M. Hall observe, non sans étonnement, qu'il n'est jamais parvenu à y démontrer l'existence de fragments métalliques; il n'en a pas été de même, nous l'avons vu, chez les ouvriers de la fabrique de Châtellerault.

La forme de pneumonie chronique dont nous parlons ne se distingue pas seulement de l'induration chronique ordinaire par la présence de corps étrangers venus du dehors, mais encore par la

(1) *British medical Journal*, mars et avril 1857.

(2) *Études sur les maladies des ouvriers de la manufacture d'armes de Châtellerault*. Paris, 1856.

fréquence beaucoup plus grande des érosions du tissu, par les cavernes qui se creusent dans le parenchyme, lésions qui ont, en effet, une grande tendance à se produire, car les corps étrangers qui infiltrent les tissus malades, qui les altèrent, les déchirent, tendent sans cesse à réveiller les efforts de l'organisme qui doivent les expulser au dehors.

Chez les individus dont je parle, les bronches sont souvent enflammées, frappées de dilatation, ce qui s'explique, moins par la pneumonie elle-même, que par les bronchites anciennes et rebelles qui ont précédé. Celles-ci d'ailleurs sont provoquées non-seulement par les particules siliceuses et métalliques que les ouvriers inspirent, mais plus encore peut-être par l'humidité et par les conditions mauvaises au milieu desquelles ils exercent leur pénible métier.

Carnification. — Il n'est pas rare de trouver, surtout chez les individus qui succombent à des maladies organiques du cœur, une partie plus ou moins étendue de l'un des poumons, et parfois même des deux, devenue flasque, mais plus résistante, plus dense, plus sèche, plus ou moins complétement imperméable à l'air et offrant à la coupe une coloration rougeâtre et l'aspect qu'aurait un muscle dont les fibres seraient extrêmement serrées entre elles. Le mot de *carnification* exprime bien l'aspect que le poumon présente. Dans la première édition de ce livre, j'émettais des doutes sur la valeur de cette altération, généralement considérée comme une forme de la pneumonie chronique. Des recherches plus complètes, faites, il y a quelques années, par MM. Isambert et Ch. Robin (1), semblent démontrer, en effet, que la carnification est une lésion très-distincte de la pneumonie; c'est ce que nous avons exposé plus haut, page 39.

Cette lésion se remarque surtout, disions-nous, chez les individus qui succombent avec des lésions organiques du cœur; on peut la trouver d'ailleurs dans tous les cas où la circulation pulmonaire a été gravement entravée; elle semble être une conséquence de congestions répétées, plutôt passives qu'actives, subies par le parenchyme pulmonaire.

A certains égards, l'altération dont je viens de parler ressemblerait un peu extérieurement à celle que nous avons décrite précédemment sous les noms d'*état fœtal.* Mais dans celui-ci le tissu pulmonaire se trouve à peu près intact; il est resté perméable, aussi est-il possible de l'insuffler encore. Dans la carnification, au con-

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1857.

traire, la partie altérée ne peut plus l'être que très-imparfaitement; l'air ne pénètre plus dans un grand nombre de vésicules qui sont comprimées, oblitérées et peut-être pour quelques-unes détruites par la matière amorphe et par les granulations d'hématoïdine qui infiltrent le tissu.

On ne saurait enfin confondre avec une pneumonie chronique les cas nombreux où le tissu pulmonaire est affaissé par une compression extérieure; c'est ce qu'on voit souvent dans les épanchements pleuraux ou bien encore dans la portion du poumon qui entoure immédiatement une bronche dilatée. Le poumon est seulement ici revenu sur lui-même; cependant, lorsque la compression a été énergique et prolongée, il peut avoir subi un commencement d'atrophie; le tissu celluleux semble y être plus abondant; mais il est probable qu'il est devenu seulement plus apparent, en raison de l'atrophie du parenchyme lui-même; cet état est toujours consécutif.

En résumé, l'induration pulmonaire rouge, grise ou mélanique, que j'ai précédemment décrite comme caractérisant anatomiquement la pneumonie chronique, est une des altérations qu'on rencontre le plus rarement. Lorsque j'ai rédigé la première édition de ce livre, je n'en avais rencontré que trois exemples, et depuis cette époque, c'est-à-dire dans un espace de près de vingt-cinq ans, c'est à peine si j'ai pu en voir trois autres cas, bien que je n'aie cessé d'être constamment à la tête de vastes services nosocomiaux, et que mon attention ait été tout naturellement portée vers un des sujets favoris de mes études. Cette rareté de la pneumonie chronique est d'ailleurs un fait aujourd'hui admis de tous les bons observateurs. Laennec l'avait reconnu un des premiers (1). Chomel rapporte (2) que, dans l'espace de seize années, pendant lesquelles il avait assisté à l'ouverture de plus de trois mille cadavres, il ne se rappelle pas avoir trouvé plus de deux fois une lésion du poumon qui lui ait paru appartenir à une pneumonie chronique. Cependant beaucoup de médecins, et en particulier plusieurs de ceux qui illustrèrent le dernier siècle, ont signalé dans leurs écrits la fréquence de la pneumonie chronique. Avenbrugger et son commentateur (3), Stoll (4), Pujol (5), etc., ont souvent parlé de squir-

(1) *Auscultat.*, t. I, p. 581.

(2) *Dictionnaire de médecine*, article PNEUMONIE.

(3) *Nouvelle méthode*, observ. x.

(4) *Aphorismes*, n. 157.

(5) *Œuvres de méd. prat.* Paris, 1823, t. I.

rhes, d'indurations des poumons, d'inflammation sourde, latente, de ces organes et devenant l'origine de certaines espèces de phthisie. Mais on ne saurait accepter des opinions qui ne reposent sur aucune preuve anatomique positive. D'ailleurs, il est facile de se convaincre que ces auteurs et ceux qui ont soutenu leur doctrine ont pris le plus souvent pour des pneumonies chroniques soit des pleurésies anciennes, et, plus souvent encore, la dégénérescence tuberculeuse des poumons. Ces erreurs ont même été commises depuis l'époque où l'anatomie pathologique est cultivée avec soin. Ainsi Broussais n'a regardé la pneumonie chronique comme très-commune que parce que, ressuscitant et exagérant une théorie surannée, il rapportait la phthisie pulmonaire à une phlegmasie chronique, ou bien encore il prenait pour des indices d'une altération ancienne des lésions, des hépatisations qu'il trouvait à l'ouverture des cadavres et qui ne s'étaient formées que peu de jours avant la mort. Ces méprises ont été faites par les hommes les plus habiles ; lorsqu'on voit Bayle prétendre qu'il *avait ouvert un grand nombre de sujets morts de pneumonie chronique sans tubercules dans les poumons* (1), on doit craindre qu'il n'ait commis la même erreur que Broussais. La lecture de sa quarantième observation peut justifier ce soupçon.

§ 2. — Pneumonie chronique tuberculeuse.

Chez les individus qui succombent lentement à la phthisie pulmonaire, et à quelque âge que ce soit, on rencontre fréquemment autour des cavernes ou des tubercules suppurés, une induration du parenchyme des poumons qui a beaucoup de rapport avec celle que j'ai précédemment décrite.

Dans ces points, en effet, le tissu de l'organe, d'un gris ardoisé plus ou moins foncé, est très-dur et complétement imperméable. Si on l'incise ou si on le déchire, on ne trouve point l'aspect grenu de l'hépatisation. Sa surface, dit M. Louis (2), a un coup d'œil louche qu'on ne peut attribuer aux granulations miliaires, car souvent il n'en existe pas. Elle est traversée par des cloisons celluleuses blanches et épaisses, comme dans certaines formes de la pneumonie chronique qui ne se compliquent point de la présence des tubercules. Ce tissu ainsi induré est exsangue et ne laisse généralement suinter aucun liquide quand on le divise ou lorsqu'on le presse.

(1) *Phthisie*, p. 72.
(2) *Recherches sur la phthisie*, 2e édit., p. 9.

Il n'est pas rare de trouver disséminées à la surface de cette induration plusieurs granulations grises ou même des tubercules à l'état cru ou suppuré. Chomel a fait observer (1) que cette induration particulière des poumons n'avait généralement que quelques millimètres d'épaisseur. Cependant j'ai trouvé plusieurs fois qu'elle avait acquis près de 3 centimètres : mais son étendue en surface est plus considérable ; car elle suit dans tous leurs contours les excavations tuberculeuses dont elle forme une partie des parois.

Cette induration caractéristique d'une pneumonie est toujours une lésion un peu exceptionnelle. MM. Rilliet et Barthez ne l'ont rencontrée que 19 fois sur 265 cas de phthisie pulmonaire qu'ils ont analysés (2). Cette proportion me paraît être un peu plus grande chez l'adulte; cela tient sans doute à la marche moins rapide de l'affection. Ce qui prouve d'ailleurs l'influence de l'âge, c'est ce qu'ont noté MM. Rilliet et Barthez eux-mêmes, qui ont vu la lésion pulmonaire plus fréquente avant l'âge de six ans qu'après.

Laennec paraissait regarder l'altération que je viens de décrire comme une dégénérescence tuberculeuse commençante ; elle diffère pourtant de la matière grise comme elle se distingue des tubercules crus. On voit, au contraire, par combien de caractères elle se rapproche des indurations que j'ai décrites au commencement de cet article. Elle doit nécessairement constituer une forme de la pneumonie chronique, toujours consécutive aux tubercules et généralement à leur ramollissement et à leur évacuation ; elle offre beaucoup d'analogie avec ces indurations, ces callosités, qui affectent le tissu cellulaire sous-cutané lorsque les ganglions tuberculeux qu'il entoure viennent à se ramollir. La marche de cette altération doit être extrêmement lente, et c'est peut-être à cette cause qu'il faut attribuer l'absence de toute granulation, soit à la coupe, soit à la déchirure.

ARTICLE IX.

LÉSIONS ANATOMIQUES DES PNEUMONIES SECONDAIRES.

Les pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies aiguës et chroniques présentent, dans beaucoup de cas, les caractères anatomiques qu'on rencontre dans les pneumonies franches et primitives ; dans les unes comme dans les autres, on peut trouver les trois degrés : l'engouement, l'hépatisation rouge et l'hépa-

(1) *Dictionnaire de médecine*, article PNEUMONIE.

(2) *Maladies des enfants*, 2e édition, t. III, p. 711.

tisation grise, tantôt réunis, tantôt isolés, ou diversement combinés. Cependant on peut dire d'une manière générale que dans les pneumonies secondaires les altérations occupent une étendue moins considérable, et que, surtout, elles sont communément arrivées à un degré moins avancé que dans les cas de pneumonies primitives. J'ai dit précédemment que dans ces dernières, l'inflammation n'avait jamais été trouvée à l'autopsie seulement à la période d'engouement, mais que toujours on avait constaté, avec le premier degré, une hépatisation plus ou moins complète, et même chez les trois quarts des cas à peu près il existait déjà une infiltration grise, avec ou sans mélange d'hépatisation rouge. Dans les pneumonies secondaires, il n'en est pas de même. Il résulte, en effet, d'un relevé de soixante-quinze cas, que chez trente individus l'inflammation pulmonaire n'avait pas encore dépassé la période d'engouement; chez trente-neuf la pneumonie était à l'état d'hépatisation rouge dans une partie, ou dans la totalité des points envahis; enfin chez six individus il existait une infiltration purulente; la pneumonie n'était donc arrivée au degré d'hépatisation grise que chez un douzième à peu près. Ces résultats auraient pu être prévus d'avance; car on conçoit facilement que lorsque dans le cours d'une maladie grave souvent mortelle, qui a déjà profondément débilité le sujet, une phlegmasie d'un organe aussi important que le poumon se déclare, celle-ci a pour effet d'anéantir les forces qui restent, et d'amener la mort avant que la maladie ait eu le temps de produire les altérations qu'on observe le plus communément chez les individus qui jouissent encore de toute leur vitalité. Le contraire peut arriver pourtant. J'ai trouvé, en effet, deux fois une hépatisation grise chez des individus dont les premiers symptômes de pneumonie dataient à peine de quarante-huit heures. Ce sont là des faits exceptionnels et qui ne sauraient détruire ce que j'ai dit précédemment. On voit quelquefois aussi ces pneumonies secondaires se terminer par la formation d'un abcès plus ou moins considérable. C'est ainsi que, parmi les vingt-cinq observations de collections purulentes que j'ai précédemment analysées, il y en a cinq qui étaient survenues dans le cours de pneumonies secondaires.

Les lésions anatomiques de la pneumonie qui éclate dans le cours d'une affection grave, peuvent donc ne pas différer sensiblement de celles qu'on trouve dans les pneumonies primitives; cependant les premières s'étant souvent déclarées après une hypostase plus ou moins prolongée, ayant atteint des tissus déjà engoués et plus aisément pénétrables, le sang étant en outre alors presque toujours plus ou moins diffluent, il en résulte communé-

ment une teinte plus foncée, une coloration souvent vineuse, qu'on ne rencontre guère ni dans l'hépatisation rouge, ni dans l'hépatisation grise des pneumonies primitives.

C'est surtout dans les pneumonies secondaires qu'on observe ces lésions complexes que nous avons décrites plus haut sous le nom de *splénisation*, d'*état fœtal*, de *broncho-pneumonies*. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit d'elles, de leur valeur, renvoyant aux pages 32 à 40, où nos idées ont été complétement exposées. Ajoutons ici que ces lésions ne sont spéciales à aucune maladie, et c'est à tort qu'un médecin distingué, M. Bazin, a cherché à prouver, dans sa thèse, que la splénisation était la forme anatomique de la pneumonie qui complique si souvent la fièvre typhoïde (1). Il n'en est rien en effet. Car si, à l'exemple de M. Louis, on examine les complications thoraciques qui surviennent dans le cours des maladies aiguës les plus diverses, on voit que la splénisation se montre en proportion à peu près égale dans toutes. Il est juste de convenir pourtant que, sur les cadavres des individus morts de fièvre typhoïde, les lésions dont il s'agit sont communément plus étendues et plus profondes.

Mais si la splénisation n'a rien de spécial, il n'en est pas de même d'une autre lésion pulmonaire toujours consécutive, et qui est caractéristique d'une infection purulente. Les individus qui succombent dans le cours d'une phlébite suppurée présentent presque toujours des lésions inflammatoires vers le parenchyme pulmonaire. Chez un tiers des sujets, je n'ai trouvé qu'une hépatisation grise, identique avec celle que nous avons décrite précédemment, mais qui était arrivée à ce degré beaucoup plus rapidement qu'elle ne le fait dans les pneumonies primitives ; sur les deux tiers des autres cadavres on trouve aussi de l'engouement, de la splénisation, parfois de l'hépatisation rouge ou grise ; mais la lésion prédominante consiste en une multitude de petits abcès qui méritent une description spéciale.

Ils sont disséminés presque toujours dans les deux poumons à la fois. A l'inverse des tubercules avec lesquels ils ont été longtemps confondus, ils commencent presque toujours par envahir les lobes inférieurs ; situés communément à la surface de l'organe presque immédiatement au-dessous de la plèvre qu'ils enflamment, il en existe presque toujours aussi dans l'épaisseur du poumon où l'on en reconnaît la présence par le toucher qui donne une sensation de dureté circonscrite, analogue à celle que produisent les noyaux de

(1) Thèses de Paris, août 1834.

pneumonie lobulaire. Ils ont une coloration noire, grisâtre ou blanche, suivant leur degré de maturité. Leur point de départ me paraît être une ecchymose ou plutôt une véritable apoplexie pulmonaire, mais sans déchirure du tissu. Ce sont donc d'abord des noyaux durs dont le volume varie entre celui d'une petite lentille et d'une grosse noix. En les divisant on trouve une surface grenue et assez uniforme, mais cependant plus foncée souvent au centre qu'à la périphérie. A une période un peu plus avancée, des points blanchâtres se montrent çà et là, ils deviennent de plus en plus confluents, c'est du pus qui infiltre le noyau. Celui-ci se ramollit du centre à la périphérie et se convertit enfin en un abcès. Le pus qu'il renferme est parfois sanieux, le plus souvent il est blanc, épais, franchement phlegmoneux; il est ordinaire de trouver chez le même sujet la lésion à tous ses degrés d'évolution; à côté d'un abcès bien constitué, on voit des noyaux dans lesquels la collection purulente existe seulement dans la partie la plus centrale, tandis que les parois du foyer sont encore formées par l'induration noire, qui, comme nous l'avons dit, a été la lésion première.

Le pus baigne le plus souvent directement le tissu pulmonaire, quelquefois il en est séparé par une membrane blanche, résistante, l'abcès en un mot est enkysté. Quel est l'état des vaisseaux au voisinage de cette altération ? On a dit que dans le premier degré, qui est celui de l'infiltration sanguine, on avait rencontré au centre de l'induration une ou plusieurs veinules remplies de pus ; mais je n'ai jamais pu constater le fait, bien que j'aie cherché à le vérifier un grand nombre de fois.

Inutile d'insister ici pour prouver la nature inflammatoire de cette lésion. Si l'on avait pu hésiter à la période d'induration apoplectique, le doute cesserait bientôt lorsqu'on voit le noyau se ramollir, s'infiltrer de pus et se transformer définitivement en abcès.

Les abcès métastatiques s'accompagnent de pleurésie dans la moitié des cas. Ils coexistent presque toujours aussi avec des collections purulentes dans les viscères, dans les articulations et dans l'épaisseur des membres ; leur présence doit toujours porter à rechercher une phlébite qui existe nécessairement quelque part ; mais il n'est pas toujours aisé de l'atteindre, car elle est souvent fort circonscrite et peut siéger dans une portion du système veineux qu'il n'est pas toujours aisé de disséquer, telles sont les veines osseuses, causes fréquentes d'infection purulente après les amputations et les divers traumatismes.

On a comparé les abcès métastatiques aux noyaux de la pneumonie lobulaire, mais il n'y a entre eux aucune analogie. Non-seu-

lement ces lésions sont essentiellement distinctes par la nature des causes qui président à leur développement, mais encore les caractères anatomiques sont différents dans l'une et dans l'autre. La pneumonie lobulaire présente, en effet, la série de transformation qu'on observe dans la pneumonie ordinaire, et ce n'est que très-exceptionnellement qu'on la voit s'abcéder. Dans la pneumonie que nous nommerons métastatique, au contraire, une hémorrhagie interstitielle semble être le point de départ de la lésion, l'inflammation parcourt ses périodes d'une manière exceptionnellement rapide pour aboutir en quelques jours à la formation d'un nombre d'abcès plus ou moins considérable. Suivant quel mécanisme se forment-ils? J'ai toujours pensé que du pus sécrété par la veine malade était jeté dans le cœur droit, que lancé de là dans les poumons et arrêté dans les capillaires de l'artère pulmonaire, il y provoquait, je n'ose dire comme M. Cruveilhier, une phlébite capillaire, mais du moins une phlegmasie circonscrite qui, en raison de la cause qui la détermine et des conditions générales de l'individu, se termine en quelque sorte fatalement par suppuration.

En résumé, lorsque la pneumonie est secondaire, elle peut se présenter avec les caractères anatomiques ordinaires; mais souvent aussi elle se complique d'autres lésions qui modifient et masquent plus ou moins les premières, telles sont : la splénisation, la carnification, l'état fœtal, l'hépatisation lobulaire, lésions qui unies presque toujours à un catarrhe bronchique, se rencontrent presque toujours dans les inflammations pulmonaires consécutives et presque jamais dans celles qui affectent des individus forts ou qui se déclarent du moins dans un état de santé parfaite. Quant aux abcès métastatiques du poumon, c'est une altération qui probablement n'est jamais primitive et qui est toujours symptomatique de l'infection purulente du sang.

Ce n'est pas ici le lieu de déterminer si les pneumonies secondaires se terminent plus souvent par gangrène que les pneumonies primitives; ce point sera étudié plus tard. Quant aux pneumonies chroniques qui, comme je l'ai vu plusieurs fois, peuvent survenir chez des sujets affectés depuis longtemps de quelque maladie grave, elles ne paraissent pas avoir d'autres caractères anatomiques que ceux qu'on rencontre communément dans les pneumonies chroniques primitives.

Si, comme je l'ai prouvé précédemment, on ne peut plus contester aujourd'hui que, dans les pneumonies primitives, le poumon droit soit plus fréquemment affecté que le gauche, il n'en est plus de même quand il s'agit des pneumonies secondaires. Il résulte, en effet, de

mes observations que les pneumonies compliquées affectent en proportion à peu près égale le poumon droit et le poumon gauche, ou bien l'un et l'autre poumon à la fois. C'est ainsi que, sur 36 pneumonies secondaires observées chez l'adulte, 13 occupaient le côté droit, 11 le côté gauche, 12 étaient doubles. M. le docteur Calmeil (1) a même dit que chez les aliénés qui succombent dans la démence, le poumon gauche s'enflammait plus souvent que le droit, et que les deux poumons se prenaient plus fréquemment ensemble qu'isolément. Il est à regretter que cet habile médecin n'ait pas indiqué suivant quelle proportion ces pneumonies surviennent les unes par rapport aux autres. Enfin, chez les jeunes enfants, la plupart des pneumonies secondaires sont doubles, et, dans les cas où la maladie est bornée à un seul poumon, elle se montre presque aussi souvent à gauche qu'à droite.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE.

Les auteurs ont signalé un grand nombre de causes comme pouvant provoquer le développement des inflammations pulmonaires. Les opinions les plus diverses ont été émises, et trop souvent, dans l'étude de cette question comme de beaucoup d'autres, les idées théoriques, purement spéculatives, ont été substituées aux résultats de l'observation directe. Beaucoup de médecins, croyant avec le vulgaire que la cause d'un effet est ce qui le précède immédiatement, toute leur logique étant fondée sur ce principe : *ceci est venu après cela, donc il en est l'effet;* il s'ensuit que fréquemment on a méconnu ou exagéré l'influence de certaines causes morbifiques. Aussi, malgré tous les travaux entrepris jusqu'à ce jour, on peut dire que l'étiologie est encore une des parties les plus obscures de l'histoire des maladies. Pénétré de l'importance du sujet et des difficultés que son étude présente, je l'ai abordé sans m'inquiéter de ce qui avait été dit ou fait avant moi, bien résolu de soumettre toutes les opinions au contrôle souverain de faits nombreux et observés avec tout le soin dont je suis capable.

Les causes de la pneumonie, comme celles de toutes les autres

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., 2e édition, p. 195.

maladies, se divisent en deux grandes sections. Les unes n'ont qu'une action lente et obscure ; elles agissent peu à peu sur l'économie, on les nomme *prédisposantes ;* les autres, actives, provoquent rapidement l'apparition de la maladie, ce sont les causes *occasionnelles* ou *excitantes.* J'étudierai l'influence des unes et des autres dans le développement des pneumonies primitives et des pneumonies secondaires.

ARTICLE PREMIER.

CAUSES PRÉDISPOSANTES DE LA PNEUMONIE PRIMITIVE.

Les causes prédisposantes de la pneumonie se divisent en deux groupes : dans le premier, je placerai toutes les conditions propres à chaque individu, comme l'âge, le sexe, la constitution, la conformation thoracique, les pneumonies antérieures, l'état social, les professions chez l'un et l'autre sexe, et pour la femme l'influence que peuvent exercer la menstruation, l'allaitement et l'état puerpéral. Dans le deuxième groupe des causes prédisposantes, j'indiquerai toutes les circonstances extérieures, telles que le climat, les localités, les saisons, les vents, les variations barométriques ; ces deux dernières agissent quelquefois comme causes occasionnelles.

§ 1er. — Age.

La pneumonie est une maladie qu'on observe plus ou moins fréquemment à tous les âges de la vie, depuis la naissance jusqu'à la plus extrême vieillesse. Il semble à priori que dans la vie intra-utérine le poumon, qui n'exerce aucune fonction spéciale et qui est alors un des organes les plus passifs de l'économie, dût être à l'abri de tout travail inflammatoire. Il n'en est rien pourtant ; il existe, en effet, dans les annales de la science, beaucoup d'observations de pneumonies développées chez le fœtus. La phlegmasie est dans ce cas assez circonscrite, le plus souvent par points disséminés ; elle finit par produire dans le parenchyme de l'organe de petites collections purulentes dont j'ai parlé déjà, et qui probablement ont dû être confondues plusieurs fois avec des tubercules ramollis.

Beaucoup des enfants dont je parle, la plupart même, d'après M. Cruveilhier (1), naîtraient avec les apparences d'une bonne constitution et d'une santé parfaite ; quelques-uns seulement seraient faibles et amaigris ; cependant tous succomberaient peu après la

(1) *Anatomie pathologique*, livraison XVe.

naissance, souvent dès les premières inspirations, par l'impossibilité qu'ont des poumons aussi gravement altérés, de remplir leurs nouvelles fonctions. La pneumonie est donc une maladie qui n'est pas rare pendant la durée de la vie intra-utérine : sur 17 enfants nés à terme, dans un état de faiblesse et de maigreur prononcé, Billard a trouvé la pneumonie 6 fois (1).

Pendant plusieurs siècles, les médecins ont cru, d'après Hippocrate (2), que la pneumonie et la pleurésie ne se déclaraient jamais chez l'homme avant la puberté. Cependant Arétée (3) et Van Swieten (4), beaucoup moins exclusifs que le père de la médecine, signalèrent la pneumonie comme étant une affection assez rare dans l'enfance, sans être pourtant inconnue dans cette période de la vie. Cette opinion fut généralement adoptée par les praticiens les plus célèbres du dernier siècle, en particulier par Morgagni (5), par Cullen (6), par Grimaud (7), et aussi par presque tous ceux qui, à cette époque, s'occupèrent de la pathologie de l'enfance. Cependant, les nombreux travaux publiés depuis un demi-siècle en Allemagne, en Angleterre et surtout en France, ont démontré que la pneumonie, loin d'être rare chez les enfants, était, au contraire, une maladie fréquente. M. le docteur Lombard (de Genève) a, en effet, calculé (8) que, depuis la naissance jusqu'à la puberté, la pneumonie formait le quart ou le cinquième des maladies qu'on observe dans cette période de la vie, c'est-à-dire qu'à l'âge dont je parle, les inflammations pulmonaires seraient trois ou quatre fois plus communes que chez l'adulte. Mais il importe beaucoup ici de distinguer les cas de pneumonies franches ou primitives, et ceux appartenant aux pneumonies secondaires. Les premières, en effet, sont rares comparativement à la fréquence extrême des secondes : M. Vernois dit, en effet, que sur 114 autopsies d'enfants nouveau-nés qu'il a faites, il a trouvé une hépatisation du poumon 113 fois (9). M. Rufz est arrivé à peu près aux mêmes résultats chez des sujets plus âgés, car il dit avoir rarement vu les enfants de deux

(1) *Maladies des nouveau-nés*, p. 69

(2) *Prénotions coacques*, 5e section, § 30 (*OEuvr.*, trad. Littré. Paris, 1846, t. V, p. 701).

(3) *De caus. acut. morb.*, l. I, ch. 10.

(4) *In aphoris.*, § 874.

(5) *Lettre* XX, § 14.

(6) *Med. prat.*, édit. de Bosquillon, t. I, p. 251.

(7) *Cours de fièvres*, t. II, p. 30. Montpellier, 1791.

(8) *Bulletin de la Soc. méd. d'émul.* et *Arch. de méd.*, t. XXV, p. 60.

(9) Valleix, *loc. cit.*, p. 176.

à cinq ans succomber sans qu'ils aient présenté des traces de pneumonie à différents degrés (1). Enfin, sur 194 autopsies faites par M. Hache à l'hôpital des Enfants, pendant les années 1832 et 1833, l'inflammation du parenchyme pulmonaire a été constatée par lui chez 108 sujets, ou chez plus de la moitié (2). Notons ici que ces résultats ne sont pas peut-être absolument exacts, car, à l'époque où ils furent indiqués, on n'avait pas suffisamment distingué l'hépatisation de quelques autres lésions dont j'ai parlé précédemment, pages 32 et suiv.; toutefois, même en faisant une part à l'erreur, il est impossible de contester la fréquence très-grande de la pneumonie dans le jeune âge, surtout comme *affection secondaire*.

Il est rare de voir une pneumonie se développer dans les premières heures ou dès le premier jour qui suivent la naissance. J. Frank en a peut-être observé un exemple (3). Mais ce n'est pas une affection rare les jours suivants. M. Lombard a calculé, en effet (4), que plus du sixième des enfants qui succombent pendant la première semaine de la vie meurent avec ou par la pneumonie; proportion qui irait en augmentant jusqu'à la neuvième semaine.

Les auteurs ne sont guère d'accord entre eux lorsqu'il s'agit de déterminer le degré de fréquence que la pneumonie présente dans chacune des périodes que les physiologistes, depuis Hallé, admettent dans l'enfance. Suivant M. Léger, l'inflammation des poumons aurait son maximum de fréquence entre 12 et 14 ans (5); tandis que Cuming cite, comme en étant plus souvent atteints, les enfants compris entre 9 mois et 2 ans (6). Cette dernière opinion est confirmée par les recherches statistiques de M. Lombard. Cet observateur dit, en effet, que, de 1 à 2 ans, la pneumonie compte pour un tiers dans le nombre total des affections qu'on voit à cet âge, proportion qui n'existerait à aucune autre période de l'enfance depuis la naissance jusqu'à 14 ans. En réunissant les cas de pneumonie primitive et secondaire, on voit que, d'après les recherches de MM. Vernois et Rufz, l'inflammation pulmonaire se développerait aussi fréquemment chez les enfants à la mamelle que chez ceux qui ont de 2 à 5 ans. Dans les années suivantes, au contraire, et jusqu'à 15 ans, la proportion irait en diminuant. La pneumonie est, en effet, une maladie

(1) *Journal des connaissances méd.-chirurg.*, année 1835.

(2) Thèse 1835, n° 360, p. 34.

(3) *Praxeos*, vol. II, p. 2, p. 313.

(4) *Loc. cit.*, p. 67.

(5) Thèse 1823, n° 43, p. 9.

(6) *Med. chirur. Review*, v. XIII, p. 67.

rare dans la jeune population des colléges : c'est à peine si, au lycée Napoléon, je compte annuellement une pneumonie sur une population de plus de 500 élèves. En est-il de même pour les enfants de la population pauvre de Paris? Je ne le crois point. Il résulte, en effet, des renseignements que je dois à l'obligeance de l'éminent directeur de l'assistance publique, M. Husson, que, dans les deux hôpitaux spéciaux où l'on reçoit les enfants de 3 à 15 ans, sur 4134 bulletins dépouillés pour l'année 1861, le chiffre des pneumonies s'est élevé à 195, soit une proportion de 4,71 pour 100.

Si nous recherchons le degré de fréquence de la pneumonie depuis l'âge de la puberté jusqu'à la vieillesse, nous voyons que les auteurs ne sont pas complétement d'accord. Suivant Cullen, le maximum de fréquence de la maladie serait de 45 à 60 ans (1); Grimaud la dit plus commune dans l'âge de la vigueur (2); Laennec (3), au contraire, pense, avec Arétée (4), que la pneumonie est beaucoup plus souvent observée chez les vieillards. J. Frank, tout en avouant que la phlegmasie pulmonaire affecte plus fréquemment les personnes d'un âge moyen, convient pourtant que, dans les cas où la maladie règne épidémiquement, les vieillards en sont surtout atteints (5).

Cette question étiologique ne pouvant être résolue que par la statistique, j'ai recherché dans quelle proportion s'étaient réparties, suivant les âges, 560 pneumonies dont j'ai recueilli l'histoire dans les hôpitaux d'adultes. Or, voici les résultats fournis par leur dépouillement (6) :

De 16 à 20 ans	59
20 à 30 ans	159
30 à 40 ans	109
40 à 50 ans	102
50 à 60 ans	71
60 à 70 ans	44
70 à 77 ans	16
	560

Voulant contrôler mes chiffres par ceux qui résulteraient de

(1) *Éléments de médecine pratique*, t. I, p. 251.

(2) *Cours des fièvres*, t. II, p. 30.

(3) *Traité de l'auscultation*, t. I, p. 547, 4e édition.

(4) *Loc. cit.*, l. I, c. 10, p. 9.

(5) *Loc. cit.*, p. 313, 314.

(6) J'ai aux 292 observations analysées dans la 1re édition tenu compte ici de 268 cas observés depuis.

l'analyse d'observations recueillies par d'autres, j'ai analysé les faits, au nombre de 630, contenus dans les relevés cliniques publiés par Leroux (1), Chomel (2), par MM. Bouillaud (3) et Briquet (4). Les résultats qu'ils donnent concordent parfaitement avec ceux qui précèdent.

De 14 à 20 ans	84
20 à 30 ans	190
30 à 40 ans	117
40 à 50 ans	107
50 à 60 ans	84
60 à 70 ans	37
Au-dessus de 70 ans	11
	630

Les deux tableaux que je donne prouvent que la période de la vie comprise entre 20 et 30 ans, est celle dans laquelle on trouve le plus grand nombre de pneumonies; mais la prédisposition est-elle aussi grande que les chiffres paraissent l'indiquer? Je ne le crois pas. Quand on recherche, en effet, quelle peut être l'influence de l'âge sur le plus ou moins de fréquence d'une maladie, on ne doit pas seulement avoir égard aux chiffres bruts, mais il faut de toute nécessité établir le rapport des individus atteints avec le chiffre général de la population. Or, les statistiques de la ville de Paris prouvent qu'il existe un plus grand nombre d'individus dans la période de 20 à 30 (5). Ayant moi-même relevé sur les registres d'admission de l'Hôtel-Dieu l'âge des individus reçus dans ce grand établissement pendant une période de deux années, j'ai trouvé aussi que c'étaient les individus compris entre 20 et 30 ans qui avaient fourni le plus grand nombre d'admissions. Cependant, même en faisant la part de cette circonstance, il reste établi que les phlegmasies du parenchyme pulmonaire ont une fréquence exceptionnelle de 20 à 30 ans, mais que l'influence exercée par l'âge est moins grande qu'elle ne paraissait l'être tout d'abord.

C'est ainsi qu'en n'ayant égard qu'aux chiffres des tableaux, on voit par exemple que le nombre des pneumonies qu'on observe de 20 à 30 ans est plus du double de celles qu'on trouve entre 50 et

(1) *Cours sur les généralités de la méd. prat.*, t. VI, p. 306 à 393.

(2) *Dictionnaire de médec.* en 30 vol., art. PNEUMONIE.

(3) *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. VIII, et *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, Paris, 1837, t. II.

(4) *Archives*, 3e série, t. VII, p. 478.

(5) Dénombrement de 1817. *Recherches statistiques sur la ville de Paris.*

60 ; mais en calculant la fréquence d'après la population de ces deux périodes, la différence ne serait guère plus que d'un dixième environ.

Les deux tableaux qui précèdent pourraient faire croire aussi que la pneumonie est une maladie qui diminue de fréquence après l'âge de 60 ans, quoique cependant le contraire ait lieu ; mais il faut savoir qu'à Paris une grande partie des vieillards de la classe indigente (environ dix mille) se réfugie dans les hospices. Ils sont par conséquent soustraits à nos relevés ; s'ils étaient abandonnés dans la vie commune, ils viendraient, comme les adultes, réclamer nos soins dans les hôpitaux, et nous constaterions alors chez les sujets de cet âge beaucoup plus de cas de pneumonies.

Disons qu'il y a sans doute quelques différences suivant les hôpitaux, dont la clientèle varie avec les quartiers où ils sont placés. Les relevés qui précèdent ont été faits surtout d'après quelques services de l'Hôtel-Dieu et de la Charité ; mais, en considérant l'ensemble des hôpitaux d'adultes, on trouve une proportion plus grande de personnes âgées. Ainsi les 1264 pneumonies traitées dans les hôpitaux généraux, pendant l'année 1861, se décomposent d'après l'âge de la manière suivante :

De 0 à 15 ans	1
16 à 20 ans	120
21 à 30 ans	304
31 à 40 ans	199
41 à 50 ans	195
51 à 60 ans	209
61 à 80 ans	231
81 et au-dessus	5
Total général	1264

Si l'on recherche dans quelle proportion la pneumonie a sévi eu égard aux autres maladies médicales dans les hôpitaux généraux d'adultes, dans les deux hôpitaux d'enfants et dans les asiles de la vieillesse (Bicêtre, Salpêtrière, Incurables), on voit qu'en 1861 la proportion a été de 3,58 sur 100 (1) pour les premiers ; elle s'est élevée à 4,71 pour 100 chez les seconds et a atteint dans les hospices de vieillards le chiffre de 8,41 pour 100.

Cette fréquence exceptionnelle de la pneumonie à un âge avancé a frappé tous les médecins qui ont pratiqué dans les asiles où l'on recueille les vieillards. Prus a dit (2) qu'à l'hospice de Bicêtre les

(1) En 1862, la proportion a été de 3,41 pour 100.

(2) *Recherches sur les maladies de la vieillesse* (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 1).

pneumonies ont formé près du neuvième des maladies qui furent traitées dans ses salles de 1832 à 1835, et près du sixième des décès qu'il observa dans la même période.

La statistique de l'hôtel impérial des Invalides de Paris montre également que la pneumonie est très-commune chez les pensionnaires entretenus dans ce grand établissement, et qu'elle figure en tête des causes de mort. M. Faure-Villars estime que de 1842 à 1852 les broncho-pneumonies ont occasionné 125 décès sur 1000 (1), tandis qu'a l'ancien hôpital du Roule, ouvert aux militaires de la garnison de Paris, on voit, sur un total de 1315 décès, la pneumonie n'entrer que dans la proportion de 31 (2).

Cette fréquence de la maladie à un âge avancé suit-elle une progression croissante? Je ne sais encore. Marc Despine, s'appuyant sur les tables de mortalité du canton de Genève, a émis l'idée que dans l'extrême vieillesse la pneumonie allait en décroissant d'une manière considérable et graduelle, de telle sorte que la mortalité qui, de 70 à 80 ans était de 9 pour 100 décès, ne serait plus que de 4,2 de 80 à 90 ans et de 3,4 de 90 à 100 ans, résultat assez imprévu et qu'on retrouve aussi en dépouillant le tableau de la mortalité de l'Angleterre pour 1847 (3). Quoique je pense, ainsi que nous le dirons bientôt, que la manière de compter de Despine ne peut donner une idée très-exacte de la fréquence d'une maladie; cependant, vu la gravité exceptionnelle qu'acquiert la pneumonie à un âge avancé, gravité telle qu'après 80 ans je l'ai vue presque toujours mortelle, on pourrait juger approximativement le nombre des sujets atteints par celui des victimes.

En admettant une exception pour l'extrême vieillesse, ce qui ne me semble pas encore rigoureusement prouvé, on peut dire que la proportion des pneumonies augmente avec l'âge. Pourquoi cette prédominance des phlegmasies pulmonaires en avançant dans la vie? Un judicieux médecin dont la mort prématurée a excité d'unanimes regrets, le docteur Gillette, pour expliquer la fréquence des maladies de poitrine chez les vieillards, invoque tous les changements que l'âge apporte dans la configuration, dans la texture de la cage thoracique et des parties contenues : tels sont la soudure des articulations costo-vertébrales, l'ossification des cartilages costaux, le défaut d'énergie des muscles qui concourent au mouvement des côtes et qui rendent la respiration surtout diaphragmatique, celle-ci étant en outre gênée par le volume des viscères abdominaux sur-

(1) *Recueil de Mémoires de méd. chirur. et pharmac. milit.*, 2e série, t. XIV.

(2) Boudin, *Traité de géogr. et statist. médicales*, t. II, p. 282.

(3) *Essai de statist. mortuaire*, p. 151 et 152.

chargés de graisse. A ces causes il faudrait ajouter que les poumons ont perdu de leur élasticité, que leurs cellules élargies reviennent plus difficilement sur elles-mêmes, que les bronches plus ou moins dilatées réagissent mal pour expulser les mucosités, que la peau agit moins, tandis que la muqueuse bronchique semble compenser cette sécrétion par son abondance. Enfin la langueur de la circulation capillaire et la dilatation si fréquente des cavités cardiaques, en rendant les stases sanguines plus faciles et plus rebelles, favoriseraient encore, d'après Gillette, le développement des phlegmasies pulmonaires (1).

Je suis loin de nier l'influence que ces conditions organiques peuvent avoir comme causes prédisposantes, bien qu'il soit difficile d'en démontrer la puissance. Mais il est une cause bien autrement efficace et pourtant non signalée par Gillette, c'est l'abaissement de la température chez les vieillards prouvée par W. F. Edwards (2). Si, s'appuyant des recherches de Després (3), on conteste ce fait, on ne saurait nier pourtant que si la température du vieillard diffère peu ou ne diffère pas de celle des adultes lorsqu'il est bien vêtu et placé sous l'influence d'une chaleur extérieure douce, il n'en est plus de même dans les conditions opposées. J. Davy a prouvé, en effet, que la température propre du vieillard est facilement influencée par l'état thermique du milieu ambiant (4), que par conséquent il résiste infiniment moins que le jeune homme et que l'adulte au refroidissement extérieur qui est de toutes les causes de la pneumonie la plus active comme la plus fréquente.

La circonstance dont nous parlons explique aussi pourquoi les poumons s'engouent et s'enflamment très-aisément à l'autre extrême de la vie. Les observations d'Edwards et de Després, confirmées plus tard par celles de M. Henri Roger (5), démontrent que les enfants dans les premiers temps qui suivent la naissance ont une température moins élevée que celle qu'ils atteindront plus tard. Non-seulement à cette époque, mais dans les six ou sept premières années de la vie, et probablement plus loin encore, leur puissance de calorification est moindre. Il en résulte que l'enfant comme le vieillard, produisant moins de chaleur, résiste par cela même moins aux causes extérieures de refroidissement qu'on ne le fait dans la jeunesse et pendant l'âge adulte. Ce défaut de résistance est d'autant

(1) *Supplém. au Dictionnaire des dictionnaires*, art. MALADIES DES VIEILLARDS.

(2) *Influence des agents physiques sur la vie*, p. 235.

(3) *Annales de chimie et de physique*, 2e série, t. XXVI, p. 338.

(4) *Ibid.*, 3e série, t. XII, p. 178.

(5) *Archives générales de médecine*, 4e série, t. V.

plus grand qu'on s'avance davantage vers l'extrême vieillesse, et s'il s'agit d'un enfant, qu'on se rapproche d'autant plus du moment de la naissance.

En résumé, nous trouvons que la pneumonie est une maladie de tous les âges. Nous l'avons vue pouvant affecter l'enfant renfermé dans le sein maternel, et devenir ainsi pour lui une cause puissante de mort. Après la naissance, la pneumonie est une maladie fréquente dans les cinq premières années de la vie, moins comme affection primitive qu'à titre de complication des maladies aiguës ou chroniques. De six à quinze ans, la proportion des pneumonies devient beaucoup moins considérable ; c'est certainement la période de l'enfance qui en produit le moins. Pendant la puberté jusqu'à vingt ans la pneumonie est une maladie assez commune ; mais c'est de vingt à trente que les phlegmasies pulmonaires ont leur maximum de fréquence dans les hôpitaux d'adultes. Après avoir plus ou moins diminué en nombre dans les périodes suivantes jusque vers cinquante ans, elles deviennent très-communes à dater de cet âge, et l'on peut établir que de toutes les maladies aiguës qui frappent les vieillards, la pneumonie est la plus fréquente comme aussi la plus meurtrière.

J'ai dit tantôt que pour apprécier la fréquence de la pneumonie dans les différents âges, il fallait, non pas avoir égard seulement au nombre d'individus atteints, mais comparer ce nombre au chiffre même de la population. Un éminent statisticien, Marc Despine, a cru qu'on pouvait arriver à un résultat exact en comparant la mortalité de la pneumonie, dans chaque âge, à la totalité des décès observés à chacune de ces périodes (1). Je crois que cette

(1) *Essai analytique et critique de statistique mortuaire comparée*, p. 151. Paris, 1858. M. Despine établit les chiffres suivants comme exprimant la mortalité de la pneumonie à chaque âge dans le canton de Genève :

De 0 à 1 an....	4,7 p. 100.	De 40 à 50 ans...	6,8 p. 100.
1 à 3 ans...	7,9 »	50 à 60 ans...	10,1 »
3 à 10 ans...	3,8 »	60 à 70 ans...	8,5 »
10 à 20 ans...	1,7 »	70 à 80 ans...	9 »
20 à 30 ans...	3 »	80 à 90 ans...	4,2 »
30 à 40 ans...	4 »	90 à 100 ans...	3,4 »

Despine a essayé ensuite de calculer les chiffres léthifères par âge pour l'Angleterre, il a trouvé :

De 0 à 1 an....	9,2 p. 100.	De 40 à 50 ans...	3,7 p. 100.
1 à 3 ans...	12,2 »	50 à 60 ans...	3,4 »
3 à 10 ans...	5,7 »	60 à 70 ans...	3,4 »
10 à 20 ans...	2,4 »	70 à 80 ans...	2,3 »
20 à 30 ans...	2,6 »	80 à 90 ans...	1,3 »
30 à 40 ans...	3 »	90 à 100 ans...	0,3 »

manière de procéder est des plus défectueuses, surtout pour la pneumonie, qui, ainsi que nous l'établirons ailleurs, présente, eu égard à la mortalité, des différences énormes d'après les âges. Ainsi la maladie, qui est rarement mortelle de cinq à vingt ans, l'est, le plus souvent, après soixante-dix. Or, en comparant les chiffres exprimant ce fait à ceux de la mortalité générale, indique-t-on réellement la fréquence de la maladie dans ces deux périodes de la vie? Nullement; on n'exprime pas même le degré de léthalité de l'affection, puisque celui-ci ne peut se calculer qu'en tenant compte aussi du nombre d'individus qui sont atteints.

§ 2. — Sexe.

Tous les médecins, depuis Cælius Aurelianus (1), sont unanimes pour reconnaître que les hommes sont beaucoup plus souvent affectés de pneumonie que les femmes. Les relevés statistiques publiés depuis quelque temps ont prouvé que le nombre des pneumonies chez les hommes était généralement deux, trois et même quatre fois plus considérable que chez les femmes. Sur 97 pneumonies observées par Chomel à l'hôpital de la Charité, il s'en est présenté 73 parmi les hommes et 24 seulement parmi les femmes, bien que le nombre de lits fût presque le même pour les deux sexes (2). M. Briquet a trouvé 95 pneumonies chez les hommes pour 46 chez les femmes. Le service dans lequel il a recueilli ses observations se composant d'un nombre égal de lits d'hommes et de femmes, il considère comme exacte pour les hôpitaux la proportion qui établirait que la pneumonie des hommes est à celle des femmes dans le rapport de 2 à 1 (3). Il résulte de renseignements fournis par M. le directeur de l'Assistance publique, qu'en 1861, sur 1264 pneumonies traitées dans les hôpitaux généraux, 881 ont été observées sur les hommes et 383 chez les femmes, proportion qui diffère peu pour 1862, où l'on compte 893 hommes et 380 femmes.

Les faits qui m'appartiennent confirment aussi ce que l'on a dit sur la fréquence plus grande de la pneumonie chez l'homme. Sur 304 pneumonies, 236 avaient été observées chez l'homme et 68 seulement chez la femme. Pendant l'année 1837, quoique le nombre des lits consacrés au traitement des femmes fût d'un tiers plus considérable que dans le service des hommes, cependant, sur 74 pneu-

(1) *De morbis acut.*, lib. III, t. I. Lausanne, 1774.

(2) *Dictionn. de médecine*, 1re édition, t. XVII, p. 211.

(3) *Archives gén. de médecine*, 3e série, t. VII, p. 478.

monies qui furent traitées dans cet intervalle, il y en eut 56 dans la salle des hommes et 18 seulement dans celle des femmes. Cette prédominance de la pneumonie chez le sexe masculin existe non-seulement en France, mais elle a été constatée à peu près partout, spécialement en Allemagne, par J. Frank (1) et par Hildebrand (2). Si l'on parcourt, en effet, les tableaux que ce dernier a publiés sur les malades qu'il a reçus à l'Institut clinique de Vienne, depuis 1806 jusqu'en 1809, on voit que sur 57 pneumonies qu'il a traitées, 38 existaient chez les hommes et 19 seulement chez les femmes (3).

La prédominance de la pneumonie chez l'homme est donc un fait bien acquis; mais indique-t-elle d'une manière certaine que le sexe masculin constituerait une cause prédisposante? Je ne le pense pas; je crois, au contraire, que l'influence exercée par le sexe seul est douteuse, incertaine, et que si les pneumonies se montrent en plus grand nombre chez l'homme que chez la femme, il faut en rechercher la cause dans la différence du régime et des occupations de l'un et l'autre sexe. C'est ainsi qu'à Buhl (4), pays montagneux et peuplé de vignerons, où les femmes se livrent aux mêmes travaux que les hommes, le docteur Ruef a trouvé que les deux sexes étaient également prédisposés aux inflammations pulmonaires, puisque sur 94 pneumonies observées par lui dans l'espace de trois ans, il en a trouvé 44 chez les hommes et 50 chez les femmes (5). M. Munaret a également vu qu'à Hautbugey (Ain), pays de montagnes, où les femmes partagent les travaux des hommes, sur 37 cas de pneumonies, 20 existaient chez les hommes et 17 chez les femmes (6); proportion bien différente de celle que nous observons à Paris. Enfin, dans les prisons, où l'habitation, le régime, les occupations sont, à peu de chose près, les mêmes pour les deux sexes, on a vu la pneumonie affecter également les hommes et les femmes; cela résulte surtout d'un compte rendu, publié par M. le docteur Toulmouche (7), sur les maladies qui, pendant trois années consécutives, furent observées dans la maison de détention de

(1) *Loc. cit.*, p. 313.

(2) *Médec. pratiq.*, trad. de Gauthier, t. II, p. 263 et suiv.

(3) L'Institut clinique de Vienne contenait 24 lits, dont 12 pour les hommes et autant pour les femmes. (*Loc. cit.*, t. I, p. 59.)

(4) Pays du grand-duché de Bade.

(5) *Medicinische Annalen*, 1er cahier du IIe vol. 1836, et *Gaz. méd.*, t. IV, p. 506, année 1836.

(6) *Gazette médicale*, année 1833, p. 292.

(7) *Annales d'hyg. et de méd. légale*, 1re série, t. XIV, p. 25 et 27.

Rennes; la pneumonie, qui fut, après la phthisie, la maladie la plus meurtrière, fut trouvée aussi fréquente dans la division des hommes que dans celle des femmes.

Les résultats obtenus chez les enfants viennent encore confirmer l'opinion que j'ai émise sur le peu d'influence qu'exerce le sexe dans la production de la pneumonie. J. Frank dit que les enfants des deux sexes sont également sujets à la pneumonie (1). Cela est incontestable pour les nouveau-nés et pour les enfants à la mamelle; c'est ce qu'établissent MM. Bouchut (2) et Barrier (3); c'est ce qui résulte aussi de relevés qu'on doit à Valleix et à M. Vernois (4). Il n'en est plus de même pour les périodes suivantes. Ainsi MM. Rilliet et Barthez ont constaté qu'en ville comme à l'hôpital, le nombre des pneumonies chez les garçons est à celui des filles comme 3 est à 1 (5). MM. Rufz et Gerhard avaient dit aussi, il y a bien longtemps, que, de six à quatorze ans, pour 12 garçons atteints de pneumonie on ne trouvait guère que quatre filles (6).

Ce sont là des résultats intéressants. Quoique opposés en apparence les uns aux autres, ils prouvent néanmoins que le sexe seul ne constitue pas une prédisposition à contracter la pneumonie; car, dans les deux premières années, c'est-à-dire à l'âge où tout est commun dans l'hygiène et les habitudes, on voit les garçons et les petites filles être frappés en nombre égal, comme le sont, à l'âge adulte, les hommes et les femmes lorsqu'ils sont soumis aux mêmes travaux, à la même hygiène. Il n'en est plus de même lorsque les conditions changent. Ainsi, dans la seconde enfance, lorsque les aptitudes de chaque sexe se révèlent par des jeux différents, et lorsque, plus tard, chaque sexe a des travaux et des habitudes très-opposés, il en résulte pour chacun d'eux des aptitudes spéciales à telle ou telle affection : dès lors la pneumonie devient inégalement fréquente.

Mais de ce que la pneumonie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, est-on autorisé à dire avec Despine que l'homme est plus prédisposé à mourir de pneumonie que la femme (7)? Nullement, car nous verrons ailleurs, en traitant du pronostic de l'affection, que, toutes choses égales d'ailleurs, les femmes succombent en proportion plus grande.

(1) *Loc. cit.*, p. 314.

(2) *Traité des maladies des nouveau-nés.* Paris, 1862, p. 320, 4e édition.

(3) *Maladies de l'enfance*, t. I, p. 287.

(4) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 173.

(5) *Maladies des enfants*, 2e édition, t. I, p. 536.

(6) *Journal des conn. médico-chirurg.*, 3e année, p. 104.

(7) *Statistique mortuaire.* Paris, 1858, p. 153.

Causes prédisposantes spéciales à la femme. — La menstruation, l'allaitement et l'état puerpéral sont tout autant de circonstances qu'on a signalées comme pouvant favoriser le développement des pneumonies chez les femmes.

1° *Menstruation.* — On croit assez généralement que les femmes, pendant la période menstruelle, sont plus sensibles aux différentes causes morbides, et que les affections aiguës débutent préférablement à cette époque. J'aurais voulu déterminer s'il en était ainsi relativement à la pneumonie; mais les faits que j'ai recueillis sont trop peu nombreux pour résoudre la question; toutefois, voici ce que j'ai constaté. Chez dix femmes bien menstruées, qui eurent une pneumonie, quatre furent frappées huit, quinze ou vingt jours après l'époque menstruelle; une seule avait un retard de douze jours lorsqu'elle tomba malade; enfin, les six autres avaient leurs règles ou bien celles-ci étaient imminentes lorsqu'elles s'alitèrent. Parmi ces dernières, trois furent affectées de pneumonies pendant que les règles coulaient encore, et il est digne de noter que l'écoulement eut à peu près l'abondance et la durée qu'il avait dans l'état de santé; il ne fut pas sensiblement modifié par la maladie. Les trois autres femmes étaient arrivées à l'époque menstruelle lorsqu'elles tombèrent malades; mais les règles n'avaient pas encore paru, et la pneumonie eut pour effet d'en empêcher l'éruption. S'il était permis de conclure d'un aussi petit nombre de faits, je dirais que, pendant toute la durée de l'époque menstruelle, les femmes paraissent plus prédisposées à la pneumonie que dans les autres temps. La non-apparition des règles à leur époque ordinaire, leur suppression brusque ou la diminution dans la quantité et dans la durée de l'écoulement peuvent-ils déterminer l'explosion d'une pneumonie? Les auteurs l'ont dit, mais ne l'ont point prouvé, et, jusqu'à présent, je n'ai vu moi-même aucun fait qui le démontre.

2° *Allaitement.* — J. Frank (1) a prétendu que la pneumonie affectait fréquemment les nourrices. Cette opinion est, d'ailleurs, fort ancienne; car, si l'on parcourt les livres d'accouchements ou qui traitent des maladies des femmes, surtout ceux des derniers siècles, on voit que les médecins de ces époques regardaient les femmes récemment accouchées et celles qui allaitent leur enfant comme étant fréquemment affectées d'inflammation pulmonaire. Cette opinion est certainement exagérée, car, dans l'espace de vingt-cinq ans, c'est à peine si j'ai vu sept à huit nourrices atteintes de pneumonie. Cependant, sous l'influence de certaines constitutions médicales, les pneumonies ont pu parfois se montrer assez fréquemment chez

(1) *Loc. cit.*, p. 314.

elles ; c'est ce qui eut lieu, en particulier pendant l'année 1830, à la Maternité, où, dans un seul trimestre, on en observa onze cas (1). C'est là un fait exceptionnel et qui n'empêche pas d'établir que les femmes récemment accouchées et les nourrices ne sont point spécialement prédisposées aux phlegmasies pulmonaires, comme on l'avait prétendu ; il en est de même des femmes grosses.

Je reviendrai plus tard sur ces faits, et je rechercherai quelle est l'influence que la pneumonie a pu exercer sur la marche de la grossesse et celle que l'état puerpéral a imprimée également à la pneumonie elle-même.

§ 3. — **Constitution, tempérament.**

Hippocrate a noté (2) que les individus robustes étaient plus souvent affectés de pneumonie que ceux qui ont une constitution contraire. Cette opinion du père de la médecine, adoptée par la plupart des pathologistes, est peut-être vraie pour les adultes ; les faits que j'ai recueillis semblent la confirmer, puisque sur 304 sujets atteints de pneumonie, 222 avaient une constitution forte ou moyenne, et 82 seulement une constitution grêle et chétive. Cependant, pour conclure légitimement, il faudrait connaître exactement la proportion relative des individus forts et des sujets faibles ; ce renseignement nous fait complétement défaut. Ce que je dis des adultes s'applique aussi au jeune âge : les enfants atteints de pneumonie primitive sont généralement forts. Il n'en est pas de même pour les pneumonies lobulaires et pour celles qui sont consécutives.

Un degré d'embonpoint plus ou moins considérable a été regardé parfois comme une sorte de préservatif contre les inflammations pulmonaires ; Triller (3), puis Morgagni (4), ont adopté cette opinion un peu étrange, contredite d'ailleurs par deux faits de pneumonie mortelle, rapportés par l'illustre médecin de Padoue. Quand on considère l'anhélation, la gêne plus ou moins grande de respiration chez les sujets obèses, la tendance qu'ils ont à transpirer au moindre exercice, et, par conséquent, à se refroidir, on doit être porté à croire que les individus chargés d'embonpoint doivent être plus prédisposés que d'autres à contracter une pneumonie.

Il est difficile de déterminer l'influence qu'exerce le tempérament

(1) Compte rendu de M. Deplay (*Journ. hebdom.*, 1830, t. VII, p. 369).

(2) *Des airs, des lieux et des eaux.* Traduction Littré, Paris, 1840, t. II, p. 1.

(3) Morgagni, 20e *lettre*, p. 308, édition de Désormeaux et Destonnet.

(4) Même lettre, §§ 9 et 61.

sur le plus ou moins d'aptitude à être atteint de pneumonie. Chomel pensait que la maladie frappe indistinctement tous les tempéraments, et si, de 1812 à 1813, ce professeur a trouvé que sur 81 pneumoniques il y en avait 60 qui présentaient les attributs du tempérament sanguin pur ou mixte, il pense que la prédominance de l'affection chez les sujets ayant un même tempérament doit être regardée comme une particularité propre à l'épidémie qu'il observait; circonstance qui avait été notée également dans une autre constitution épidémique qui régna en 1751, et que Brambilla a décrite. Ce savant médecin avait remarqué que les personnes faibles, valétudinaires ou avancées en âge en étaient rarement atteintes, tandis que la maladie sévissait fortement sur les personnes jeunes, pléthoriques, sur les soldats pleins de vigueur et de santé (1).

M. Bouillaud dit que des faits multipliés l'ont conduit à considérer le tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin comme constituant une véritable prédisposition organique pour contracter la pneumonie (2). En analysant mes observations, on pourrait être conduit à admettre la même opinion; car plus de la moitié des pneumoniques dont j'ai recueilli l'histoire avaient un tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin. Chez un quart, on reconnaissait les traits du tempérament sanguin pur; enfin les autres appartenaient aux tempéraments bilieux ou nerveux; mais celui-ci, le plus rare de tous, se remarquait à peine dans un douzième des cas. Cependant, malgré la prédominance du tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin chez mes malades, je ne reconnaîtrai pas dans cette circonstance une cause prédisposante de la pneumonie; car le même fait se retrouve pour toutes les maladies. Il faut donc ne voir ici qu'une influence du climat sous lequel nous observons, où le tempérament lymphatico-sanguin est de beaucoup le plus commun. C'est ce qui explique peut-être d'une manière assez satisfaisante pourquoi Hippocrate, qui observait sous une latitude plus chaude que la nôtre, a prétendu que la pneumonie affectait plus souvent les hommes secs et robustes (3).

§ 4. — Conformation thoracique.

Quarin (4) dit avoir reconnu que les bossus, que les individus

(1) Quarin, *Traité des fièvres et des inflam.*, traduit par Emonnot, t. II, p. 151.

(2) *Clinique de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 145.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Traité des fièvres et des inflam.*, t. II, p. 150.

dont le thorax est déformé, sont plus sujets à la pneumonie que ceux dont la poitrine est régulièrement conformée. E. Home (1) regarde aussi la même affection comme étant plus commune chez les personnes dont la poitrine est étroite. Il semblait, en effet, très-rationnel de supposer que des poumons sans cesse comprimés dans un thorax trop étroit et empêchés dans leur expansion, dussent s'enflammer d'autant plus facilement, que chez la plupart des bossus ces organes sont le siége habituel d'une stase sanguine plus ou moins considérable. Cependant l'observation clinique ne confirme point les présomptions que l'on pouvait avoir d'après l'examen anatomique des thorax rachitiques. Sur vingt-huit bossus de vingt à soixante-quinze ans, dont la plupart avaient dépassé trente-cinq ans, et sur les antécédents desquels j'ai pu me procurer des renseignements positifs, j'ai constaté qu'aucun d'eux n'avait éprouvé antérieurement des symptômes de pneumonie; et cependant chez tous, les poumons étaient gênés dans leur action; il y avait une dyspnée habituelle; la plupart étaient affectés de bronchite chronique et d'emphysème pulmonaire; enfin, chez un quart, la figure et les extrémités des membres offraient une couleur bleuâtre habituelle, et plusieurs fois leur vie avait été mise en péril par suite d'accidents asphyxiques. Je tiens aussi de M. Bouvier que la pneumonie est une maladie qu'on peut considérer comme rare chez les bossus. On doit donc conclure que l'opinion de Quarin n'a aucun fondement. Je ne prétends parler que des pneumonies primitives; il n'en est pas de même des pneumonies secondaires, qui, par contre, semblent plus fréquentes chez les bossus. C'est ainsi que sur 24 rachitiques morts de maladies diverses, 16, ou les deux tiers, présentèrent des traces de pneumonie, et chez la moitié, cette phlegmasie devait être considérée comme la cause de la mort.

§ 5. — **Pneumonies antérieures.**

Il est des maladies qui récidivent fréquemment, aussi une première attaque constitue-t-elle alors une véritable prédisposition pour être atteint de nouveau; tel est le rhumatisme articulaire, telles sont les affections érysipélateuses, et, en particulier, l'érysipèle de la face, etc. J'ai dû rechercher s'il en était de même pour la pneumonie. J'ai interrogé les malades avec soin sur leurs antécédents; j'ai surtout insisté auprès d'eux pour savoir si, à une époque quelconque de leur vie passée, ils avaient été frappés de pneumonie. Lorsque leur réponse était affirmative, je ne m'en tenais point à

(1) *Principia medecin.*, p. 130.

cette première déclaration; mais avant d'enregistrer le fait comme exact, il fallait que les malades pussent m'indiquer les principaux symptômes qui pouvaient caractériser l'affection ; j'insistais surtout sur la douleur de côté, sur la fièvre, les crachats, la durée de la maladie et le traitement par lequel on l'avait combattue. S'il m'était impossible de vérifier, pour ainsi dire, par moi-même l'exactitude du diagnostic, je considérais le fait comme non avenu.

En procédant avec ces précautions, voici ce que j'ai appris. Sur 175 malades interrogés comme il vient d'être dit, j'en ai trouvé 54 qui avaient éprouvé à une époque déjà plus ou moins éloignée plusieurs des symptômes d'une pneumonie suffisamment caractérisée. Les récidives ont eu lieu en proportion à peu près égale dans l'un et l'autre sexe. Le nombre des récidives a varié, pour chaque individu, de 1 à 8. Les femmes, au moment où je les observais, n'avaient été affectées qu'une seule fois de pneumonie, à l'exception pourtant de deux qui comptaient jusqu'à cinq récidives. Chez un tiers des hommes, au contraire, la pneumonie se reproduisait déjà pour la troisième, quatrième, cinquième, septième ou huitième fois. Les récidives, moins nombreuses chez la femme que chez l'homme, sont à peu près en rapport avec le nombre moins grand des pneumonies chez les premières. La plupart des récidives ont eu lieu de 30 à 60 ans; en divisant cet espace en trois périodes de dix années chacune, c'est celle de 40 à 50 ans qui en a le moins présenté; les autres en ont offert un nombre à peu près égal. La distance entre chaque récidive a varié entre un mois et vingt ans; dans la plupart des cas, elle a été de trois à cinq ans. On peut dire qu'en général les intervalles furent d'autant plus courts que les récidives devenaient plus fréquentes. Cependant, chez plusieurs malades, les premières pneumonies se sont succédé à quelques mois ou à un an de distance, tandis qu'il y avait parfois un intervalle de cinq, six ou sept ans, et plus encore, entre la dernière attaque et celle que j'observais. Les faits qui précèdent, démontrent qu'un individu est d'autant plus prédisposé à la pneumonie qu'il en a antérieurement déjà éprouvé un plus grand nombre d'atteintes. Il est des personnes chez lesquelles cette disposition se reproduit un nombre de fois considérable pendant la vie. Chomel (1) a soigné un malade qui était affecté de pneumonie pour la dixième fois. J. P. Frank (2) a vu un sujet chez lequel l'inflammation pulmonaire se reproduisait pour la onzième fois; et Rush parle d'un Allemand,

(1) *Dictionnaire de médecine*, vol. XVII, p. 214.

(2) *Interpretationes clinicæ. Obs. selec.* Tubingue, 1812, p. 96.

habitant Philadelphie, qui en aurait subi vingt-huit attaques consécutives (1).

Non-seulement la pneumonie a de la tendance à sévir de nouveau sur un individu qu'elle a affecté une première fois; mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans les récidives qui ont lieu, l'inflammation occupe de préférence le poumon primitivement atteint. J'ai pu, chez 35 malades, préciser, je crois, assez exactement le côté de la poitrine que les pneumonies avaient occupé dans les attaques antérieures. Pour l'établir, j'avais égard au siége de la douleur et aux traces qu'avaient laissées sur tel ou tel point du thorax les sangsues, les ventouses ou les vésicatoires qu'on avait employés généralement dans le traitement de ces phlegmasies. Ainsi, sur les 35 malades dont je parle, 25 fois la pneumonie sévissait toujours sur le même poumon; chez les 10 autres, l'inflammation changea de côté dans les récidives qui eurent lieu. La pneumonie a récidivé à gauche plus souvent qu'à droite, et cela dans la proportion de 16 à 9, différence plus considérable encore que ces chiffres ne l'indiquent, si l'on se rappelle la prédominance des pneumonies droites sur les pneumonies gauches. Ce résultat me porterait donc à croire que les récidives sont plus communes pour celles-ci que pour les phlegmasies qui occupent le poumon droit. Mais je n'établis cela que comme une présomption; pour qu'il y eût démonstration à ce sujet, je voudrais posséder un nombre de faits beaucoup plus considérable.

N'ayant pas observé les malades dans leurs premières attaques de pneumonie, je ne puis décider si le siége occupé par la phlegmasie a rendu les récidives plus ou moins fréquentes. M. Briquet (2) pense que celles-ci sont plus communes après les pneumonies du sommet qu'après celles qui ont envahi les autres portions du viscère. C'est ainsi que sur 18 cas de pneumonie du lobe supérieur, il s'est trouvé 5 sujets qui ont eu des récidives, tandis qu'il ne s'en est présenté que 11 sur 64 cas de pneumonie de la base. Je crains que M. Briquet n'ait ici fait erreur, et n'ait confondu la *récidive* d'une maladie avec la simple *rechute;* il serait en effet très-extraordinaire qu'un aussi grand nombre de malades que ce médecin aurait guéris d'une première pneumonie, fussent revenus dans le même service pour les récidives qu'ils auraient éprouvées plus ou moins longtemps après. C'est précisément parce que les malades qu'on a guéris une première fois nous reviennent rarement pour les récidives qu'ils éprouvent une ou plusieurs années plus tard, qu'il est

(1) *Cyclop. of pract. med.*, t. III, p. 406.

(2) *Archives gén. de médecine*, 3e série, t. VII, p. 481.

à peu près impossible de déterminer d'après la pratique des hôpitaux, si le siége que la pneumonie a occupé dans une première attaque exerce quelque influence sur le nombre des récidives et sur la rapidité avec laquelle elles s'effectuent.

§ 6. — Conditions sociales.

La pneumonie est une maladie qui, chaque année, fait périr un grand nombre d'individus appartenant à toutes les conditions sociales. La science ne possède encore aucun renseignement un peu précis pour pouvoir comparer le degré de fréquence de la maladie dans la classe aisée et chez les individus pauvres. Il est probable, cependant, que, comme la plupart des maladies auxquelles l'espèce humaine est sujette, la pneumonie doit se montrer plus fréquemment dans la classe indigente et produire aussi chez elle une plus grande mortalité.

Mais, à défaut de preuves directes qui nous manquent, je puis invoquer à l'appui de l'opinion que je viens d'émettre, les résultats obtenus par les médecins anglais sur les officiers et les soldats de leur nation qui servent dans les colonies de la Méditerranée et de l'Amérique. En comparant la fréquence de la pneumonie chez l'officier et chez le soldat, on trouve que chez les premiers la maladie est deux ou trois fois moins fréquente que chez les seconds. Si, en effet, la proportion des pneumonies ou des maladies aiguës graves de poitrine, observées dans les stations de la Méditerranée, varie de 32 à 42 par chaque 1000 hommes de troupes, elle n'est que de 14 1/10 chez le même nombre d'officiers. Les observations faites dans le Canada ont donné le même résultat, puisque si, pour 1000 soldats, on observe 43 pneumonies dans le haut et le bas Canada, un nombre égal d'officiers n'en fournit pour les deux provinces que 10 6/10.

Une si grande différence s'explique très-naturellement par les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les deux classes d'individus que nous comparons. Le soldat, qui peut représenter ici la classe pauvre de la société, fait les travaux les plus rudes ; il est davantage exposé aux intempéries de l'air ; sa nourriture est plus grossière, c'est lui que les privations de toute sorte atteignent le plus souvent, et la discipline ne l'empêche pas de se livrer à tous les excès et surtout à l'ivrognerie. L'officier, au contraire, mieux nourri, mieux logé, mieux vêtu et généralement plus sobre, doit à ces circonstances plus favorables d'être affecté moins souvent de pneumonie. Les soldats sont frappés en d'autant plus grand nombre et la maladie sévit chez eux avec d'autant plus de rigueur que les

conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent sont elles-mêmes plus fâcheuses. Si, en effet, on compare la fréquence de la pneumonie chez les soldats blancs et sur les troupes nègres, ainsi que chez les pionniers qui servent dans les colonies d'Amérique, on voit que, placés dans les mêmes localités, nourris, vêtus et logés à peu près de la même manière, la pneumonie cependant affecte les premiers beaucoup moins souvent que les seconds. Une si grande différence dépend en grande partie sans doute de ce que les pionniers sont occupés à tous les travaux publics, et que l'on donne aux troupes nègres tous les postes et toutes les corvées qui pourraient nuire à la santé des soldats blancs (1). Le tableau suivant va présenter d'ailleurs la proportion relative des pneumonies qu'on observe chez les soldats blancs et chez les nègres qui servent dans la plupart des colonies anglaises d'Amérique.

NOM DES COLONIES.	DESIGNATION DES TROUPES.	Nombre de pneumonies par chaque 1000 hommes de troupes.
Iles Saint-Christophe et Tortola...	Soldats blancs.....	0,8
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	4,1
Antigoa et Montserrat.....	Id. blancs.....	1,2
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	3,1
La Dominique.....	Id. blancs.....	0,6
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	2,8
Sainte Lucie.....	Id. blancs.....	2,2
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	2,1
La Barbade.....	Id. blancs.....	2,0
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	4,3
Ile de Bahamas.....	Id. blancs.....	5,6
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	24,5
La Jamaïque.....	Id. blancs.....	13,5
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	11,6
Ile Saint-Vincent.....	Id. blancs.....	1,4
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	5,6
Ile Grenade.....	Id. blancs.....	0,6
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	4,7
Ile Tobago.....	Id. blancs.....	2,0
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	4,7
Trinidad.....	Id. blancs.....	3,2
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	4,8
Guyane anglaise.....	Id. blancs.....	0,39
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	1,21
Iles du Vent.....	Id. blancs.....	0,22
Idem.....	Id. noirs et pionniers...	0,44

(1) *Statistical report on the Sickness, mortality and invaliding among the roops in the West Indies*, p. 4.

On voit, en parcourant le tableau qui précède, que pour chaque colonie en particulier, et cela à part une petite exception, la pneumonie est beaucoup plus fréquente parmi les soldats noirs que parmi les blancs. N'y aurait-il ici qu'une influence de race? La chose n'est pas probable. Tout en faisant une très-large part à cette cause, je crois qu'il est impossible de méconnaître aussi l'action que doivent exercer sur ces deux classes d'individus des conditions hygiéniques différentes, de même que nous avons vu tantôt des soldats d'une même nation, ne différant entre eux que par leurs grades, présenter pour la pneumonie une aptitude différente, et qui était en rapport avec les conditions plus ou moins fâcheuses auxquelles ils étaient exposés.

Je ferai remarquer que les résultats uniformes et à peu près constants qui ont été obtenus sur la même question pendant une longue série d'années, par des médecins nombreux exerçant dans des lieux fort différents, déposent en faveur des documents dont je me suis servi pour éclairer la question que je viens de traiter.

Tout porte à croire qu'il doit y avoir de grandes différences suivant les pays, si dissemblables entre eux sous le rapport de l'aisance, sous le rapport du plus ou moins de misère qui y règne. Despine dit que, pour le canton de Genève, l'immunité de la classe aisée était peu considérable. Le chiffre des décès de celle-ci par pneumonie serait, en effet, de 5,5 pour 100, tandis que l'ensemble des décès du canton ne s'élèverait guère qu'à 6 pour 100.

§ 7. — **Professions.**

Si l'on s'en rapporte au témoignage des auteurs, il y a un certain nombre de professions dans l'un et l'autre sexe qui exposent plus spécialement les individus qui les exercent à contracter des inflammations pulmonaires. Ainsi, d'après Stoll (1), les pneumonies affecteraient fréquemment les individus qui exercent des professions sédentaires, et surtout les tailleurs d'habits, qui, ayant habituellement, pendant leur travail, le corps courbé et la tête penchée en avant, doivent, suivant cet auteur, éprouver fréquemment une congestion ou une pléthore locale des poumons, qui rend ces organes plus susceptibles à s'enflammer. J. Frank, après avoir, avec juste raison, combattu l'assertion de Stoll, signale les boulangers, les verriers, les forgerons, les cochers, les courriers, les

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 134, édition de Mahon.

portefaix, comme étant plus fréquemment que d'autres atteints de pneumonie, probablement par suite des changements brusques de température auxquels ils sont exposés. Cependant Thackrah (1) a cité plusieurs états exigeant un séjour dans des chambres chauffées à 110 ou 130° Farenh.; et néanmoins, bien que s'exposant fréquemment à l'air extérieur, les ouvriers dont je parle ne seraient pas souvent atteints de pneumonie.

Ceci n'a rien qui doive nous surprendre. La température élevée de ces espèces d'étuves dans lesquelles vivent les individus, leur permet de résister beaucoup mieux à l'impression du froid, pourvu pourtant que cette action soit brusque, qu'elle ne se prolonge pas et que la réaction s'opère énergiquement; c'est ce qui fait aussi que la pneumonie est comparativement rare chez les boulangers qui quittent leurs fournils pour s'exposer nus pendant de courts instants à l'air extérieur, tandis qu'elle est beaucoup plus commune chez les commissionnaires stationnant immobiles au coin de nos rues (2).

Chomel dit que, de toutes les professions, ce sont celles qui exposent le plus aux intempéries de l'air, telles que celles de charpentier, de domestique et surtout de maçon, qui, sur le nombre d'environ 230 individus, ont fourni le plus de pneumoniques. Ayant noté la profession qu'avaient exercée 212 hommes atteints de pneumonie, j'ai trouvé parmi eux 44 maçons, 23 journaliers et 19 boulangers; les autres états comptaient un nombre d'individus beaucoup moins considérable. En conclurons-nous que les trois professions dont je parle, et surtout que celle de maçon, prédisposent plus spécialement à la pneumonie? Je n'oserais l'affirmer, car nous n'avons pas tous les éléments nécessaires pour résoudre cet important problème. Pour le faire, il faudrait, en effet, connaître exactement le nombre d'individus que l'on compte à Paris dans chaque profession; mais, même en possédant cette donnée, il serait encore difficile d'éclairer suffisamment la question, puisqu'on ignorerait encore quel est le chiffre comparatif des individus qui, devenant malades, se font traiter chez eux et ceux qui viennent réclamer les secours de la charité publique. Il est, en effet, plusieurs états, tels que ceux de cuisinier, de conducteur, de charretier, de chargeur, de charpentier, etc., etc., qu'on regarde comme prédisposant à la pneumonie; cependant si l'on consulte les statistiques faites dans les hôpitaux, on trouve qu'il n'y a pas eu un bien grand nombre

(1) *The effects of arts, trades and profess.* London, 1832, p. 137.
(2) *Auscultation*, t. I, p. 546, 4e édition.

d'individus appartenant à chacune de ces professions. Cela ne prouve pas pourtant que les métiers dont je parle ne prédisposent pas à la pneumonie; mais les individus qui les exercent ayant pour la plupart une très-petite aisance, beaucoup pouvant user des ressources que leur donnent plusieurs associations de secours mutuels, préfèrent se soigner chez eux. Les conditions ne sont plus les mêmes pour les maçons : ceux-ci, pour la plupart, n'habitent Paris que passagèrement; ils y sont sans famille, logent dans des garnis, ont des ressources plus bornées; aussi se font-ils presque toujours transporter dans les hôpitaux aussitôt que la maladie les frappe. Le nombre de leurs admissions n'indique donc pas nécessairement que l'état qu'ils font soit une cause prédisposante de pneumonie; du moins leur profession n'est peut-être pas une cause aussi active qu'elle le paraîtrait tout d'abord. Ce que je dis des maçons s'applique au moins autant aux domestiques de l'un et de l'autre sexe qui semblent payer à Paris le plus large tribut à la pneumonie (1); mais avant de conclure à une prédisposition spéciale, il faudrait supputer exactement le nombre d'individus vivant à l'état de domesticité, et tenir compte aussi des conditions toutes spéciales de la vie parisienne qui font que les domestiques, logés presque tous dans des cabinets étroits, ne peuvent que difficilement être traités à domicile, et sont contraints de recourir à l'assistance publique, pour peu qu'ils soient gravement malades.

Il est quelques autres professions que les auteurs ont signalées comme exposant fréquemment aux inflammations pulmonaires. Cadet Gassicourt (2) et Mérat (3) ont prétendu, par exemple, que les ouvriers employés dans les manufactures de tabac étaient sujets aux affections aiguës et chroniques de poitrine, assertion qui a été réfutée victorieusement par d'Arcet et par Parent-Duchâtelet (4). Ce dernier a également prouvé, contre l'opinion de Baumes, que le séjour prolongé de l'homme dans les souterrains, au milieu des vapeurs infectes, fétides ou enivrantes, n'enflammait pas plus souvent la poitrine que le ferait l'exercice de toute autre profession. Ramazzini et plus tard Patissier (5), en s'occupant de ceux

(1) Sur les 1264 pneumonies reçues en 1861 dans les hôpitaux généraux de Paris, on compte 482 domestiques, dont 313 hommes et 169 femmes.

(2) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, t. VIII, p. 160.

(3) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. TABAC.

(4) *Annales d'hygiène publique*, 1829, t. II, p. 558.

(5) *Traité des maladies des artisans et de celles qui résultent des diverses professions*. Paris, 1822, p. 261.

qui ont habituellement les jambes dans l'eau, leur attribuent spécialement toutes les maladies qu'on dit dépendre de la suppression de la transpiration, et parmi lesquelles figurent les pneumonies et les pleurésies. Mais le laborieux Parent a encore prouvé que ces opinions étaient au moins exagérées, et qu'elles avaient été émises par les auteurs sur la foi d'une vieille théorie, qui veut que toutes les affections de poitrine reconnaissent pour cause la suppression de la transpiration. Or, comme le froid, l'humidité, et surtout l'immersion dans l'eau, sont réputées les causes les plus actives de cette suppression, on aurait pu en conclure à priori qu'aucune classe ne serait plus gravement et plus fréquemment affectée de pneumonie, de rhumatisme, etc., que les débardeurs. Cependant, sur 670 hommes exerçant cette profession, et qui tous furent interrogés par Parent, *un seul* avait eu une fluxion de poitrine, et tous les témoignages se sont réunis pour démontrer combien étaient rares chez eux les maladies attribuées vaguement au refroidissement (catarrhes, pneumonies, rhumatismes) (1). Thackrah dit aussi (2) que les briquetiers, exposés aux intempéries et travaillant les pieds nus dans un gâchis humide, seraient assez rarement affectés de pneumonie. Ce médecin, ayant interrogé 32 ouvriers, n'en trouva aucun qui eût offert dans ses antécédents quelque symptôme de pneumonie, quoique dans ce nombre il y en eût plusieurs de fort âgés. Mais il est presque inutile de faire remarquer que pour pouvoir apprécier rigoureusement l'influence de la profession il serait indispensable que l'observation portât sur des faits beaucoup plus nombreux.

Il est plus certain que les ouvriers vivant au milieu d'une atmosphère chargée de particules minérales ne sont pas plus souvent affectés de pneumonie aiguë ; mes observations, du moins, semblent le prouver. Cependant nous avons vu, et nous dirons encore plus tard, que, chez certains ouvriers vivant dans une atmosphère de poussière de charbon, ou chez ceux qui, travaillant aux meules dans les manufactures d'armes, respirent un air chargé de particules de grès et de molécules métalliques, on voit plus souvent que chez des ouvriers livrés à d'autres professions se développer dans les poumons des indurations spéciales, caractérisant une des formes de la pneumonie chronique.

Puisque les hommes livrés aux travaux rudes, exposés sur tout à l'intempérie des saisons et aux changements brusques de tem-

(1) *Hygiène publique*, t. II, p. 607.

(2) *The Effects of arts, trades and profess.* London, 1837, p. 14.

pérature sont affectés de pneumonie en plus grand nombre, il semblerait naturel de supposer que cette maladie dût sévir d'une manière exceptionnelle chez les marins. Il n'en est rien pourtant.

C'est ce que j'avais déjà établi dans ma première édition, en m'appuyant de quelques témoignages, sans doute insuffisants; je citais surtout la relation d'un voyage aux Indes orientales de John Clarck (1), celles de Lesson (2) et Eydoux (3) autour du monde, qui, durant une navigation des plus pénibles, pendant trois ou quatre ans, passant d'une latitude à une autre et malgré les causes les plus puissantes de refroidissement, ne comptèrent pourtant aucune pneumonie à bord. J'ai en ce moment des témoignages bien plus nombreux en faveur de l'opinion que j'avais émise. M. Leroy de Méricourt, médecin en chef de la marine au port de Brest, ayant eu l'extrême obligeance de dépouiller pour moi soixante-cinq rapports de campagnes faites par des navires de tous bords dans les diverses parties du monde, j'ai constaté qu'un effectif de 24 000 marins n'avait fourni que 175 cas de pneumonie (4). En recherchant dans quelles circonstances les pneumonies se sont développées à bord, on voit qu'un grand nombre, la plupart peut-être, car j'en ai compté près de 100 sur les 175, survinrent lorsque les navires étaient sur rade ou peu après avoir quitté le port, lorsque souvent ils étaient encore en vue des côtes. La pneumonie est beaucoup plus rare, quelle que soit la latitude, lorsque les navires sont en pleine mer; plusieurs causes concourent peut-être à ce résultat. Le service des hommes sur rade, celui des équipages sur les vaisseaux est en général plus pénible que le service des bâtiments à la mer, du moins en temps ordinaire. Il faut tenir compte aussi de la constance relative de la température qui règne au large, car, à latitude égale, le froid se fait sentir moins vivement sur mer que sur terre où les accidents de terrain concentrent et accélèrent les vents : c'est ce qui explique pourquoi la pneumonie, ainsi que je l'ai établi plus haut, est une affection commune dans les hôpitaux maritimes du littoral, à Cherbourg, à Brest comme à

(1) *Observ. on the diseases which prevail in long voyages to that countries.* London, third ed., 1809.

(2) *Voyage autour du monde sur la corvette* la Coquille. Paris, 1829.

(3) *Journal hebdomadaire*, année 1830.

(4) Ces hommes sont restés sur les côtes ou en cours de navigation pendant un temps qui n'a jamais été moindre de trois mois et s'est élevé souvent à trois et quatre ans; la durée totale du service pour ces navires a été de 1329 mois.

Toulon, et pourquoi la maladie sévit plus souvent aussi à bord des navires qui croisent dans la Méditerranée.

Les relevés statistiques publiés en Angleterre par le docteur Wilson, par ordre du gouvernement, prouvent aussi que dans la marine royale d'Angleterre, la pneumonie, disons plutôt pour être plus exact, les affections très-aiguës de poitrine sont assez rares, surtout si on les compare à ce que nous observerons bientôt pour la population civile et pour l'armée. Wilson dit que l'inflammation des poumons serait représentée annuellement dans le résultat général par les chiffres suivants : 28 malades, 0,6 réformés et 1 mort sur 1000 marins, chiffre peu considérable sous le rapport du nombre d'hommes atteints, et très-favorable sous celui de la mortalité qui ne se serait élevée qu'à 1 mort sur 28 malades. Mais c'est là précisément ce qui doit faire élever quelques doutes sur la valeur des documents, car il est permis de se demander si dans les rapports nombreux qui ont été dépouillés, des pleurésies, des bronchites très-aiguës même n'ont pas figuré sur le compte de la pneumonie. Quoi qu'il en soit, en suivant le marin anglais dans sa vie errante, on le voit payer à la pneumonie un tribut plus ou moins large, d'après les mers sur lesquelles il navigue, c'est-à-dire suivant les climats; c'est ce que nous exposerons bientôt. Mais la proportion varie selon que le marin vit sur les côtes ou qu'il gagne la haute mer. Ainsi le matelot qui est employé d'une manière permanente dans les ports de l'Angleterre serait atteint, d'après Wilson, dans la proportion de 35,1 pour 1000; tandis que pour celui qui ne fait en quelque sorte que toucher à terre, qui n'y séjourne que peu de temps, le chiffre s'abaisserait à 29,9.

Nous ne possédons encore aucun renseignement pour pouvoir apprécier quelle est la fréquence de la pneumonie dans les armées de terre des principales puissances européennes. L'Angleterre seule possède quelques documents. Nous en avons fait connaître précédemment plusieurs, nous en citerons quelques autres en parlant des climats.

En résumé, il faut convenir que, considérées d'une manière générale, les professions de l'homme qui exigent de grands efforts musculaires, celles qui sont exercées en plein vent et qui exposent les ouvriers aux intempéries de l'air, comptent deux fois et demie plus de pneumoniques que les états sédentaires, exercés pour la plupart dans des lieux clos ou à l'abri des vicissitudes atmosphériques. Cependant, on a vu, par ce qui précède, combien il est difficile de résoudre les questions qui se rattachent à l'influence des professions, et l'on a pu se convaincre aussi qu'il n'y a pas un

rapport constant entre la fréquence des vicissitudes atmosphériques auxquelles certains états exposent et le nombre des pneumonies qu'on observe dans plusieurs classes d'ouvriers.

Parmi les professions que les femmes exercent, y en a-t-il quelques-unes qu'on doive regarder comme prédisposant plus que d'autres à la pneumonie? Faut-il croire, par exemple, avec J. Frank, que la maladie sévit surtout chez les blanchisseuses et chez les cuisinières, dont les occupations les exposent à des changements de température et à de fréquents refroidissements? Mes observations ne confirmeraient point l'opinion émise par J. Frank, puisqu'il résulte de l'analyse des faits, que les professions de cuisinière et de blanchisseuse réunies n'auraient pas fourni le quart des pneumonies que j'ai observées chez les femmes reçues à l'hôpital.

Pour apprécier d'une manière plus complète l'influence des professions chez la femme, j'ai établi deux catégories. Dans la première, j'ai placé toutes les professions sédentaires exercées à l'abri des intempéries de l'air; j'ai rangé dans la deuxième toutes celles qui sont faites en plein air, ou celles qui exposent d'une manière quelconque les personnes qui les exercent à l'humidité, aux refroidissements, aux changements brusques de température (1). Or, sur 68 cas de pneumonies observées chez les femmes, 33 appartiennent à la première catégorie, et 35 à la deuxième. Ce résultat pourrait faire croire que les professions diverses exercées par les femmes n'ont aucune influence sur le développement des pneumonies. Cependant, une pareille conclusion ne serait point exacte. On sait, en effet, qu'à Paris il y a bien plus de femmes qui se livrent aux professions sédentaires qu'aux professions actives, et si l'on trouve un nombre à peu près égal de pneumonies dans ces deux catégories, il faut en conclure que, comme nous l'avons déjà vu chez l'homme, les professions actives prédisposent bien plus aux inflammations des poumons que celles qui sont sédentaires. Il faut se rappeler d'ailleurs que, d'après les recherches des docteurs Munaret et Ruef, dans les pays où les femmes partagent tout à fait avec les hommes les travaux agrestes, la proportion des pneumonies devient à peu près égale dans les deux sexes, et qu'il paraît en être de même dans les prisons.

(1) Dans la première catégorie, j'ai placé les couturières, les modistes, les demoiselles de comptoir, les femmes de chambre, les brodeuses, etc.; dans la seconde, sont comprises les cuisinières, domestiques pour tout faire, repasseuses, blanchisseuses, journalières, les marchandes à la halle, les marchandes ambulantes, etc.

En résumé, nous voyons encore que, considérées d'une manière générale, les professions rudes qui exigent de grands efforts ou qui exposent les femmes aux intempéries, prédisposent plus aux pneumonies que les professions sédentaires. Cependant, de même que chez l'homme, on ne saurait en préciser aucune spécialement qu'on pût considérer comme ayant une action plus directe que les autres, et tout ce qu'on a dit à ce sujet est loin d'être démontré.

§ 8. — **Climats** (1).

La pneumonie règne sous toutes les latitudes, mais sa fréquence n'est pas la même en tous pays. Il en est dans lesquels elle figure au premier rang des maladies aiguës les plus communes et les plus meurtrières : telles sont les régions tempérées; il en est d'autres, par contre, dans lesquelles la pneumonie est rare, parfois même presque inconnue : tels sont les pays à température extrême, ceux des régions polaires, comme beaucoup de ceux qui sont sous l'équateur.

Dans les premières, où le thermomètre ne monte au-dessus de 0 que pendant quelques jours de l'année, où il s'abaisse souvent au-dessous de — 50, les maladies de poitrine sont rares et ne se montrent guère que lorsque la température s'élève et que l'humidité apparaît, c'est ce que prouvent les nombreux voyages d'exploration entrepris, depuis quelques années, dans cette direction, par les Anglais et par les Américains. Citons, avec M. J. Rochard, la dernière expédition anglaise envoyée à la recherche du passage du N. O et composée de 300 hommes d'équipage. Pendant trois ans, ces marins ont séjourné sous les latitudes les plus élevées qu'on ait pu atteindre; leur thermomètre s'est abaissé à — 54 degrés, ils ont voyagé des mois entiers sur la glace, traînant à force de bras les chariots chargés de leurs provisions; ils couchaient sous de

(1) Pour ce chapitre, je dois un très-grand nombre de renseignements à M. le docteur Jules Rochard, premier chirurgien en chef de la marine au port de Lorient, je lui en exprime ici toute ma gratitude. Quelques-uns m'ont été fournis par un autre médecin non moins distingué d'un corps qui en compte un si grand nombre, M. Leroy de Méricourt, du port de Brest. Il a eu la bonté de m'envoyer en outre l'extrait d'un grand travail, publié par le docteur Hirsch (de Leipzig), dans son *Handbuch der historisch-geographisch Pathologie*. Mais j'ai eu le regret de n'avoir pu utiliser ce document, attendu que plusieurs renseignements concernant même l'Allemagne m'ont paru inexacts. Je crains que l'auteur n'ait trop facilement accepté des statistiques qui n'auraient pas toute l'authenticité désirable.

petites tentes, sur la glace, dont ils n'étaient séparés que par une couverture de laine cousue en forme de sac, et laissaient, le matin, l'empreinte de leur corps dans la glace fondue à leur contact. Or, au milieu de conditions en apparence si défavorables, on n'a compté que quelques bronchites légères, mais pas un seul cas de pneumonie.

En se rapprochant un peu de nous, nous voyons les pneumonies apparaître, mais elles sont pourtant encore peu communes; c'est ainsi qu'elles sont des plus rares en Islande (1). C'est à peine, en effet, si le nombre des décès dus à cette maladie atteindrait le chiffre de 1,3 pour 100 (Boudin) (2).

Mais à mesure que nous touchons vers le 60e degré latitude N., la pneumonie augmente de fréquence, elle est assez commune à Saint-Pétersbourg, d'après le témoignage de M. Dubois (d'Amiens) (3). M. J. Rochard m'a transmis quelques renseignements établissant qu'en 1854 les troupes russes abritées derrière les canons de Cronstad, et l'escadre française qui fit l'expédition de Bomarsund, souffrirent beaucoup de la pneumonie; on estime, en effet, que celle-ci est entrée pour un peu plus de 6 pour 100 dans le chiffre des décès, grossis cependant par une épidémie de choléra qui enleva 113 hommes (4). La pneumonie sévit non moins énergiquement en Suède (5) ainsi qu'en Danemark (6). Nous n'avons aucun renseignement précis sur ce qui a lieu pour une grande partie de l'Allemagne. Despine signale notamment les documents bavarois et prussiens comme n'ayant aucune valeur (7). Dans le compte rendu officiel de l'hô-

(1) L'*Islande sous le rapport médical* (Paul Gaymard, *Voyage de la* Recherche, Paris, 1852).

(2) Trois cents pêcheurs travaillant pendant toute la saison de la pêche, c'est-à-dire pendant six à sept mois, n'ont fourni aucun cas de pneumonie. (Renseignement fourni par M. Leroy de Méricourt.)

(3) Thèse inaugurale, 1828.

(4) Fabre, *Rapport de fin de campagne.*

(5) Sur 1620 malades admis en 1841 à l'hôpital des Séraphins, à Stockholm, on compte 116 cas de pneumonie. Ils ont fourni 7,3 pour 100 de la mortalité totale. (Magnus Huss, *Gaz. méd.* de 1843.)

(6) D'après un relevé des tables de mortalité, dressées pour la ville de Copenhague, par le collége de santé, de 1840 à 1844, on voit que sur 3250 décès on a compté 205 pneumonies 6,3 pour 100. (Gaymard, *Voyage de la* Recherche.)

(7) Cette opinion, exprimée par un homme si compétent, dans son *Essai de statistique mortuaire*, p. 150, ne me donne guère confiance, je l'avoue, aux chiffres indiqués par M. Hirsch, dans son *Manuel de pathologie historique et géo-*

pital général de Vienne (Autriche) (1), on trouve que 450 pneumonies, ayant donné lieu à 116 décès, ont été reçues en 1860 dans ce grand établissement où le chiffre total des admissions fut de 21,557 individus ayant fourni une mortalité de 11,7 pour 100, et, en défalquant les phthisiques, une mortalité de 8 pour 100. Mais on ne saurait conclure rigoureusement de ces chiffres, pour établir la fréquence de la maladie et son degré de léthalité pour le reste de la population viennoise, si différente à tous égards de celle qui vient réclamer les secours de la charité publique.

La pneumonie exerce des ravages dans toute l'Angleterre; c'est à Londres et dans les grands centres manufacturiers qu'elle a son maximum de fréquence; cette maladie figure dans la mortalité générale du pays suivant la proportion de 5 à 7 pour 100 (2). D'après Marc Despine, de 1847 à 1850, les chiffres léthifères varieraient pour l'Angleterre, selon l'année, entre 4,7 pour 100 minimum et 5,5 pour 100 maximum (3).

Ici, pas plus que pour d'autres pays, je ne veux être garant de l'exactitude absolue de tous les documents publiés. Néanmoins, le docteur W. Farr a apporté un tel soin pour écarter autant que possible les causes d'erreur, qu'on peut accepter les chiffres qu'il donne avec une certaine confiance; s'ils n'expriment pas des proportions absolument vraies, elles sont du moins très-approximatives : ils prouvent que l'Angleterre est féconde en pneumonie. C'est à Londres que cette maladie paraît avoir son maximum de fréquence, c'est dans cette métropole du moins qu'elle est la plus meurtrière, puisqu'elle entrerait pour un quinzième dans la mortalité générale, et pour un treizième, en ne tenant compte que des morts produites par des maladies exclusivement médicales.

Après Londres, on voit la pneumonie sévir spécialement à Manchester, à Birmingham, à Leeds et dans le Northumberland. Il est d'ailleurs impossible d'expliquer le plus ou moins de fréquence de

graphique. Cet auteur établit que la mortalité par pneumonie et *pleurésie* aurait été sur 1000 habitants de :

1,3	à	Berlin.
2,1	à	Hambourg.
2,3	à	Halle.
0,4 (?)	à	Dresde.
1,5	à	Würzbourg.

(1) Analysé dans les *Archives générales de médecine*, année 1862.

(2) Voy. les rapports annuels de W. Farr, depuis 1839.

(3) *Essai de statistique mortuaire comparée*. Paris, 1858, p. 150.

la maladie dans les divers districts de l'Angleterre, d'après leur topographie. Il est fort curieux de voir la pneumonie se montrer en plus grand nombre dans les villes les plus populeuses, centre de l'industrie, du travail et de la fortune. C'est là en effet que la pneumonie, comme la plupart d'ailleurs des autres maladies aiguës et chroniques, paraît être la plus meurtrière. Je ne pense pas qu'on doive exclusivement, avec quelques personnes, en rechercher la cause dans l'insalubrité de l'atmosphère, dans l'entassement de la population ; mais il faut se rappeler que les excès du travail chez les uns, l'ivrognerie chez la plupart, la misère, les privations qui accompagnent les crises commerciales si fréquentes en Angleterre, sont tout autant de causes dont il faut tenir compte pour expliquer la fréquence et plus encore la plus grande mortalité de la plupart des maladies, et de la pneumonie en particulier, dans les villes industrielles. Disons, en terminant, qu'en Angleterre et dans le pays de Galles réunis, la pneumonie est, parmi les affections aiguës, une de celles qui tuent le plus grand nombre d'individus, puisqu'elle vient immédiatement après les fièvres typhoïdes : elle occupe la troisième place. On a calculé que, dans ce pays, sur un million d'hommes 927 mouraient de pneumonie, et que sur un nombre égal de femmes, la même affection en emportait 741. D'après Walshe (1), la proportion aurait même été de 1201 par million d'hommes, et l'on pourrait évaluer à 19 ou 20 000 le nombre de victimes que la pneumonie fait chez nos voisins. Toutefois, en Angleterre comme ailleurs, la mortalité annuelle varie, elle présente d'inexplicables fluctuations d'une année à l'autre.

Les ravages semblent être plus considérables encore en France. S'il était permis d'avoir confiance aux tables mortuaires publiées sur la ville de Paris, on trouve que la pneumonie compterait une proportion de 8,5 pour 100 dans la mortalité générale (2). M. Lombard estimait que la pneumonie entrait pour un quatorzième dans le nombre des maladies qu'on observe à Paris chez l'adulte, tandis que pour les enfants la proportion varierait entre un quart et un cinquième (3).

Mais, je le répète, rien ne prouve l'exactitude de pareils documents. Il nous est pénible d'avouer qu'en France les médecins ont

(1) *Diseases of the Lungs*, 3e édit., p. 374.

(2) Trebuchet, *Annales d'hygiène*, année 1851, 1re série, t. XLVI, p. 336 ; 1852, t. XLVIII, p. 131 ; 1853, t. L, p. 336 ; 1857, 2e série, t. VII, p. 5 ; 1858, t. IX, p. 242.

(3) *Archives générales de médecine*, t. XXV, p. 68.

encore très-peu compris tout l'intérêt que présenteraient des statistiques qui nous permettraient d'apprécier avec rigueur la fréquence des maladies dans les diverses classes de la société. Nous possédons des renseignements plus exacts peut-être pour cette partie de la population parisienne qui est admise dans les établissements hospitaliers, mais il est inutile de faire observer qu'on ne saurait conclure de celle-ci au reste des habitants. Quoi qu'il en soit, il résulte des documents officiels, qu'en 1861, sur 35 260 individus admis dans les services de médecine des hôpitaux généraux (services d'accouchements exceptés), on a compté 1264 cas de pneumonies; d'où une proportion de 3,58 sur 100. Ces chiffres diffèrent peu pour 1862, où, sur une population de 37 278 malades, 1273 étaient atteints de pneumonie, c'est-à-dire 3,41 pour 100. En recherchant quelle est la fréquence de la pneumonie par rapport aux autres maladies des voies respiratoires, on trouve qu'elle est de 13,23 pour 100 en 1861, et de 13,24 pour 100 en 1862. Cette concordance dans les résultats, pour deux années consécutives, plaide en faveur de l'exactitude des documents qui m'ont été obligeamment fournis par M. Husson, directeur de l'Assistance publique.

D'après ce que nous avons dit plus haut, on devine que les chiffres précédents ne peuvent représenter la fréquence de la maladie aux deux âges extrêmes de la vie. Dans les asiles de la vieillesse, en effet, la pneumonie s'est montrée beaucoup plus commune; elle a été dans le rapport de 8,41 pour 100, et dans les hôpitaux d'enfants, où l'on reçoit des individus âgés de trois à quinze ans, la pneumonie paraît avoir été observée dans la proportion de 4,71 pour 100.

Il est très-probable que le nombre des pneumonies ne doit pas être le même dans tous les points de la France. Si je me fiais à deux comptes rendus du service médical de l'hôpital Saint-André, pour les années 1859 et 1862, publiés par MM. Henri Gintrac et Azam, on pourrait conclure que la maladie est moins commune à Bordeaux qu'à Paris (1). Il n'en serait pas de même à Toulon, du moins pour la population traitée à l'hôpital de la Marine. Il résulte, en effet, des renseignements que je dois à l'obligeance de M. Jules Rochard, que la pneumonie figurerait dans la mortalité générale pour une proportion qui oscillerait entre 4,87 et 6 pour 100. Sur le

(1) Sur 6113 individus dont parle M. Gintrac et qui furent admis dans les salles de médecine, il n'y a eu que 132 pneumonies primitives. Dans le compte rendu de 1862, par M. le docteur Azam, sur 6115 malades on ne signale que 128 pneumonies.

littoral de l'ouest, à Cherbourg et à Brest, cette proportion s'élève à 8 pour 100 pour le premier, à 9,41 pour le second ; enfin, à l'hôpital maritime de Rochefort, elle oscillerait entre 12 et 13,52 pour 100 (1), tandis qu'à la frontière de l'est, du moins dans l'hôpital civil de Strasbourg, et si l'on n'a égard qu'au mouvement qui s'est opéré dans les salles de la clinique médicale pendant trois années, on trouverait une proportion de 11,48 pour 100 (2).

La France est donc un des pays dans lequel la pneumonie fait le plus de victimes; peut-être en compte-t-on sensiblement plus que dans quelques pays limitrophes, comme la Belgique (3) et Genève (4).

On ne sait absolument rien de précis sur le plus ou moins de fréquence de la pneumonie en Espagne et en Portugal ; il faudrait bien se garder d'appliquer à la Péninsule les résultats observés à Gibraltar sur les soldats anglais. Cette maladie sévit sur ce rocher avec une violence exceptionnelle, puisqu'elle formerait le dixième des maladies qui frappent la garnison, et que sur 1000 soldats, il y en aurait annuellement 41 qui seraient atteints de phlegmasies pulmonaires (5). Peut-on attribuer ce résultat à la fréquence du vent d'est, apportant toujours avec lui beaucoup d'humidité et de brouillards? On peut plus justement accuser le vent d'ouest, frais et sec, qui souffle surtout dans les mois de novembre et janvier, pendant la durée desquels les pneumonies semblent avoir leur maximum de fréquence.

En Italie, du nord au sud, on trouve la pneumonie partout fréquente et meurtrière; elle le serait même, dit-on, plus qu'en France. Rasori estimait (6) que, dans le Milanais, elle formait à elle seule le dixième des maladies qu'on y observe, et, en avançant

(1) Lefèvre, *Notice statistique des maladies qui ont été cause de la mortalité à Rochefort en* 1848. — Maher, *Travaux de la Société d'agriculture, belles lettres, sciences et arts*. Rochefort, 1858.

(2) Forget, *Annales d'hygiène*, t. XXIII, et *l'Expérience*, t. III, 1839, p. 325.

(3) Sur 506 989 décès survenus de 1851 à 1853, 19194 auraient été le résultat de la pneumonie (4,56 pour 100) (Boudin, *Annales d'hygiène*).

(4) Marc d'Espine (*loc. cit.*, p. 150) indique la pneumonie comme figurant pour le chiffre de 6 pour 100 dans la mortalité générale du canton de Genève, sur 10 000 décès il y en aurait 597 par pneumonie, on compterait 12 pneumonies pour chaque 10 000 habitants.

(5) *Statistical Reports*, p. 18, et *Topographie de Gibraltar*, par Rey, thèse de Paris, 1833, n° 138.

(6) *Archives de médecine*, t. IV, et *Biblioth. de thérap.* de Bayle, t. I, p. 217.

vers le sud, dans les Romagnes, à Rome et à Naples, si la proportion paraît un peu moindre, elle ne s'éloignerait guère pourtant de ce que nous observons dans les contrées les moins favorisées de notre pays. Il faudrait pourtant, avant d'accepter ce fait, des données plus précises que celles que nous possédons.

Lorsqu'il est si difficile d'obtenir des renseignements exacts sur ce qui a lieu si près de nous, et même dans notre pays, comment espérer savoir quelque chose de ce qui se passe en Turquie? Disons cependant que tous les témoignages s'accordent pour signaler la pneumonie comme une affection commune et meurtrière à Constantinople, et cela dans toutes les classes de la société. Les grandes variations atmosphériques qu'on y observe en rendent, d'ailleurs, parfaitement compte. Est-il certain que la pneumonie soit rare dans les Principautés-Unies (1)? Peut-on en dire autant de la Crimée? Un seul témoignage écrit que je connaisse (2) parle de la rareté très-grande des pneumonies à Simphéropol. La glorieuse campagne que nous avons faite dans ces lointains parages semblerait démontrer que la pneumonie n'est pas précisément rare sur le littoral. C'est ainsi qu'au commencement de l'hiver, on vit un grand nombre de pneumonies, de pleurésies, de bronchites capillaires venir compliquer les diarrhées et la dysenterie (Armand), et, sur la flotte même, la maladie fit un certain nombre de victimes. Mais je me hâte de dire que les armées en campagne sont dans des conditions si anormales, qu'on ne peut pas, d'après leur état sanitaire, juger toujours avec rigueur des maladies qui règnent d'habitude dans les contrées qu'elles occupent.

Hippocrate parle si souvent, dans ses ouvrages, de la péripneumonie, qu'il est permis d'en conclure que les affections thoraciques graves (pneumonie et pleurésie) devaient être fréquentes dans l'ancienne Grèce. Les choses ont-elles changé depuis? On pourrait le croire, car G. Roux, pendant la campagne de Morée, en 1828, avait déjà noté la rareté extrême des pneumonies en Grèce; plus récemment, le docteur Villette, pendant l'occupation du Pirée dans les années 1855 et 1856, signale, à son tour, le petit nombre et la bénignité des phlegmasies pulmonaires (3). Est-ce là un fait habituel ou bien exceptionnel? C'est à une observation ultérieure à le démontrer. Il faut être d'autant plus réservé à accepter une opinion qui

(1) Caillot, *Union médicale*, 1854.

(2) Note envoyée par le docteur Graperon à M. Valentin, de Nancy (*Journal général*, t. LXXIII, p. 398).

(3) En 1855, le corps d'occupation comptait 2200 hommes qui ont donné

semblerait prévaloir aujourd'hui, que la pneumonie est une affection commune dans tout l'Archipel et dans la plupart des îles de la Méditerranée. Je citerai surtout celles de Sardaigne, de la Corse, et peut-être plus encore Malte, où, nonobstant une température assez uniforme, on voit pourtant la pneumonie sévir sur les troupes avec plus de rigueur que dans la plupart des villes d'Angleterre (1). La proportion, dans les îles ioniennes, serait moindre qu'à Malte, à l'exception cependant de Corfou ; ce qui est d'autant plus digne d'être noté que, dans ces parages, les brusques variations de température sont fréquentes et considérables. C'est un fait bien constaté aujourd'hui, que la pneumonie est fréquente sur toute la côte européenne de la Méditerranée. Le docteur Wilson, dans son rapport à l'amirauté, a prouvé que c'est sur les côtes d'Angleterre, en première ligne, et dans la Méditerranée, en second lieu, que la marine anglaise compterait le plus grand nombre de pneumonies (2). Quelques documents qui m'ont été fournis me portent à croire qu'il en est de même pour la marine française (3).

En résumé, nous voyons que, sur tout le continent européen, du moins à partir du 60e degré de latitude, la pneumonie est une des maladies les plus communes et les plus meurtrières; mais, la Méditerranée franchie, et une fois sur le sol africain, l'affection est tout à coup devenue plus rare; et l'on peut dire d'une manière générale que là où l'affection est moins commune, là aussi elle fait proportionnellement moins de victimes.

On dit la pneumonie peu commune sur la côte des États barba-

1238 malades et 68 décès, il n'y eut que 8 pneumonies, pas une ne fut mortelle.

L'escadre, montée par 700 hommes, n'a pas fourni un seul cas de cette maladie.

En 1856, l'effectif des troupes fut porté à 2900 hommes qui fournirent 637 malades et 44 décès ; M. Villette n'eut à traiter que 3 pneumonies qui guérirent, l'escadre n'en fournit aucun cas. (Note donnée par M. le docteur Jules Rochard.)

(1) *Statistical Reports*, p. 18.

(2) Sur 1000 marins on compte :

En Angleterre, sur les navires qui ne séjournent que passagèrement	29,9
Sur les navires restant constamment	15,1
Sur les navires dans la Méditerranée	31,3

(*Gazette médicale*, 1844.)

(3) Le vaisseau *l'Ulm*, faisant partie de l'escadre de la Méditerranée, de mars 1857 à septembre 1858, a fourni 29 pneumonies sur un effectif de 915 hommes. (Renseignement donné par M. Leroy de Méricourt.) En 1840, sur le vaisseau *l'Alger*, naviguant sur la même mer, sévit une épidémie de pneumonie.

resques, surtout à Tripoli (J. Rochard), et, sans être rare, elle n'est pourtant pas très-fréquente sur le littoral algérien (1). Il n'en serait plus de même dans l'intérieur des terres, dans les villes de la zone montagneuse, à Constantine par exemple ; là, les pneumonies seraient fréquentes (2). Elles arriveraient souvent, à titre d'affections secondaires, chez des individus affaiblis par la dysenterie et par les fièvres d'accès ; il en serait de même dans quelques points de l'intérieur de l'Afrique. On dit que, dans le Fezzan, où des nuits glaciales succèdent à des chaleurs accablantes, la pneumonie fait de grands ravages parmi les naturels (3). Le docteur Livingston la signale aussi comme étant des plus communes dans l'Afrique centrale, ainsi que sur les plateaux élevés de l'Abyssinie ; mais nous ne savons encore rien de bien précis à cet égard. Il n'en est pas de même pour l'Égypte : M. le docteur Schnepp, médecin sanitaire à Alexandrie, dit que les pneumonies, soit primitives, soit secondaires, sont très-rares en Égypte. Pendant quatre années de pratique dans ce pays, il n'a rencontré aucun cas de pneumonie franche. Pruner-Bey n'en a observé, pendant son séjour dans la même contrée, que durant les hivers de 1832 et de 1844. Ce sont surtout les nègres qui seraient frappés d'inflammation pulmonaire ; les indigènes en souffriraient moins, et les Européens contracteraient très-rarement des affections franchement aiguës des voies respiratoires (4). Mais, dans tous les pays du Nil, les bronchites sont fréquentes, aussi bien parmi les indigènes que parmi les étrangers.

Malgré de grandes variations de température, la pneumonie serait une affection rare au Sénégal (5) ; cependant la chose est plus exacte pour les habitants et pour l'armée de terre que pour

(1) Sur 1508 malades admis en 1845 à l'hôpital de la Salpêtrière d'Alger, C. Broussais compte 35 pneumonies, 7 furent suivies de mort. (*Mémoires de méd., chirur. et phar. milit.*, t. LX, p. 53, 1re sér.)

A l'hôpital de Bougie il est mort en vingt ans 1702 malades dont 45 par pneumonies, 2,70 pour 100. (Docteur Anselin, thèse de Paris, 1855.)

A l'hôpital de Bone, sur 3765 malades traités par M. Maillot, on ne compte que 6 pneumonies. (*Traité des fièvres*, tableau n° 2, p. 114.)

(2) *Mém. de méd., chirur. et phar. milit.*, t. LII, p. 234.

(3) *Voyage d'exploration dans l'Afrique centrale* (*Revue coloniale* de 1853).

(4) *Du climat d'Égypte.* Paris, 1862, p. 311.

(5) Sur 952 malades traités à l'hôpital Saint-Louis en 1837 et 1838, la pleurésie et la pneumonie figuraient pour 5 cas, l'hépatite pour 51. (Thévenot, *Maladies des Européens.*)

En 1856, la garnison de Saint-Louis, forte de 2006 hommes, a fourni 127 décès, dont 2 seulement par pneumonie (3,14 pour 100).

la division navale, qui, plus exposée aux vicissitudes atmosphériques, compte aussi un plus grand nombre de pneumonies (1). Il résulte aussi du rapport, déjà cité, du docteur Wilson, que les marins anglais sont frappés comme les nôtres ; mais la proportion est moindre de plus d'un tiers que celle que nous avons trouvée pour les navires de la Méditerranée (2). Je ne parle guère ici que des Européens vivant sur la côte africaine ; il n'en serait plus de même des indigènes, qui payeraient à la pneumonie un large tribut; c'est ce que signalent dans leurs rapports, m'écrit M. J. Rochard, tous les médecins de la marine. Thévenot estime que les inflammations pulmonaires entrent pour un quinzième dans le chiffre de la mortalité des indigènes, et qu'elles sont au nombre de leurs maladies les plus graves. Dans les colonies anglaises, à Sierra-Leone, au Cap, à Maurice, partout où des troupes indigènes et des soldats européens se trouvent réunis, on remarque la même différence dans le nombre et la gravité des maladies de poitrine, décimant parfois les premières et respectant presque les autres.

Au comptoir du Gabon, le docteur Lestrille n'a pas rencontré en vingt mois de séjour un seul cas de pneumonie (3); mais à l'île Sainte-Hélène, bien qu'aussi rapprochée de l'équateur, mais soumise à de plus grandes variations de température, la pneumonie n'est pas rare; on a calculé, en effet, qu'en six années, elle avait figuré dans la mortalité générale pour une proportion de 4 pour 100 (4). La côte orientale d'Afrique présente des conditions climatériques analogues à celles de la côte occidentale et pourrait donner lieu aux mêmes remarques. M. J. Rochard m'écrit que les maladies de poitrine sont rares à Madagascar et dans les îles voisines, et qu'à Maurice, ainsi qu'à l'île de la Réunion, on n'en observe que quelques cas dans la saison des grandes pluies seulement.

Dans l'immense étendue du continent asiatique, la pneumonie doit être, sans doute, fort inégalement répandue; mais nous igno-

(1) En 1846, la station des côtes occidentales d'Afrique se composait de 30 navires montés par 3031 hommes; elle a eu 2888 malades et 65 décès. Il y eut 24 pneumonies dont 3 suivies de mort (4,61 pour 100). (Rapport au ministre par Le Petit, médecin en chef.) L'année suivante, la même division, portée à 3108 hommes, donne 3120 malades dont 18 par pneumonie, 3 sont mortelles. (Rapport de M. Raoul, chirurgien-major.) (Ces renseignements m'ont été fournis par M. le docteur Jules Rochard.)

(2) Sur 1000 hommes il y a dans la Méditerranée 31,3, et au Cap ainsi que sur la côte occidentale d'Afrique 20,0. (Wilson, *Gazette médicale* de 1844, p. 457.)

(3) *Rapport sur le service médical.* (Fourni par M. J. Rochard.)

(4) Sur 552 décès il y en a eu 22 par pneumonie. (Note de M. J. Rochard.)

rons complétement les différences qui peuvent exister d'une contrée à une autre ; c'est à peine même si nous possédons quelques renseignements sur ce qui se passe, relativement à la pneumonie, dans les vastes possessions de l'Angleterre. Si l'on n'avait égard qu'au relevé du docteur Wilson, plusieurs fois cité déjà, qui a fait connaître dans quelle proportion la pneumonie sévissait sur les marins anglais, dans les divers commandements, nous trouvons aux Indes orientales un chiffre inférieur d'un quart à celui que nous avons indiqué pour le Cap et pour la côte occidentale d'Afrique, et inférieur de plus de moitié à celui de la Méditerranée. Dansle commandement des Indes, en effet, la proportion des hommes atteints de pneumonie serait de 15,5 pour 1000 ; la même rareté est observée à bord des navires français naviguant dans les mers de l'Indo-Chine, comme le prouvent des documents obligeamment fournis par MM. J. Rochard et Leroy de Méricourt. En parcourant les relevés que nous possédons sur la mortalité des Européens à Bombay (1), sur la côte de Coromandel (2), à Ceylan (3), on voit que la pneumonie est, dans tous ces pays, une affection peu commune chez les étrangers, tandis qu'elle paraît l'être beaucoup chez les naturels ; c'est ce qu'affirment, du moins, tous les médecins anglais qui ont habité ces pays. Au Bengale, la proportion des pneumonies augmenterait beaucoup ; mais elles y seraient d'une bénignité extrême, si l'on pouvait se fier entièrement aux documents qui donnent ces renseignements (4). Les phlegmasies pulmonaires, comme, d'ailleurs, on pouvait le deviner, sont plus

(1) Sur 1699 malades entrés à l'hôpital des Européens de Bombay, on n'a observé que 5 pneumonies.

De 1848 à 1853, il en est entré à l'hôpital où l'on reçoit les gens du pays 313. Le docteur Morehead, médecin en chef, en a recueilli 103 observations dont 76 étaient primitives et ont donné 24 décès. (Morehead, *Clinical Researches on diseases in India*, London, 1856.)

(2) Le docteur Godineau dit qu'à la côte de Coromandel il n'a observé la pneumonie que chez les natifs. (*Études sur l'établissement de Karikal*, in *Revue coloniale* de 1858 et notes manuscrites communiquées au docteur J. Rochard.)

(3) D'après des notes recueillies en 1829 au cours d'hygiène de M. le professeur Andral, la pneumonie ne formerait à Ceylan que la 615e partie des affections aiguës et chroniques.

(4) A Calcutta, en dix ans, la garnison a fourni 13 806 malades dont 202 pneumonies qui n'ont causé que 8 décès (1 sur 25). A Chinsurah, en huit ans, sur 9228 malades il y a eu 103 pneumonies, mortalité un vingt-sixième. A Berhampore, en dix ans, sur 22 150 malades on compte 235 pneumonies ayant fourni 4 décès (1 sur 59), Ranald Martin, *The influence of tropical climates on European Constitutions*, 7th édition. (Indiqué par M. J. Rochard.)

nombreuses, en remontant vers le nord, en s'élevant vers la chaîne de l'Himalaya. Dans le Pendjab, et notamment à Lahore, les pneumonies et les pleurésies sont fréquentes et graves pendant l'hiver (1).

Les pneumonies qui sévissent, dans l'Inde, sur les natifs du pays se compliqueraient souvent d'accidents rémittents; elles auraient une grande tendance à revêtir la forme adynamique, et l'on observerait fréquemment dans leur cours des gangrènes disséminées dans le poumon; c'est là un fait qui doit paraître étrange, si on le compare avec ce qu'on observe chez nous, mais il a été signalé simultanément par deux médecins distingués, le docteur Morehead et par le docteur Godineau.

D'après les renseignements que je dois à l'obligeance de M. Jules Rochard, la pneumonie serait un peu plus répandue dans les îles de l'Océan, tout en étant également assez rare chez les Européens; c'est ce qui a lieu notamment aux Philippines et aux Moluques. Aux Marquises et aux îles de la Société, les affections pulmonaires sont graves chez les naturels, qui sont décimés par elles. L'insouciance avec laquelle ils s'exposent sans précaution aux grandes variations de température qui règnent dans ces parages, explique suffisamment cette fréquence. Pour des raisons contraires, la pneumonie est extrêmement rare chez les Européens qui vivent à côté d'eux. Si l'on peut se fier au premier rapport annuel, imprimé en 1857, à Sydney, sur le mouvement de la population en Australie, du moins dans la Nouvelle-Hollande, on voit que la pneumonie a figuré, dans la mortalité de l'un et de l'autre sexe, dans a proportion de 2,45 pour 100 (2).

Sur le continent américain et dans les îles qui en dépendent, la pneumonie est fort inégalement disséminée. Un des pays d'Amérique où elle fait le plus de victimes, est, sans contredit, le Canada, du moins parmi les soldats anglais qui gardent la colonie; elle forme, en effet, chez eux la treizième partie des maladies internes, et elle atteint 43 soldats sur 1000. Cette énorme proportion, qu'on ne doit point rencontrer sur la population civile, s'explique aisément pas les conditions fâcheuses dans lesquelles les soldats sont placés. Dans ce pays, où le froid est parfois assez intense pour congeler le mercure, on voit survenir en quelques heures des variations qui dépassent 50 degrés Fahr., et le soldat qui quitte l'in-

(1) Communication orale faite à M. J. Rochard, par le docteur Benet de Perraud, ancien médecin du roi de Lahore.

(2) *First annual Report from the registral general.* Sydney, 1857.

térieur des corps de garde, qui sont de véritables étuves, pour monter sa faction, est soumis parfois à un changement brusque de température qui dépasse 100 degrés. Ce que je dis du Canada s'applique à la Nouvelle-Écosse et au New-Brunswick, pays humides, froids, exposés à des variations de température pouvant être de 50 à 52 degrés Fahr. dans les vingt-quatre heures; aussi voit-on annuellement 33 soldats sur 1000 être atteints de pneumonie (1). La proportion est moins considérable pour les États de l'Union; mais cependant, dans les grands centres, la pneumonie paraît être aussi commune qu'elle l'est dans les régions tempérées de notre Europe, aussi commune qu'en Angleterre, du moins dans quelques cités, comme Philadelphie; et cependant, combien le climat sec des États-Unis diffère du ciel brumeux de la Grande-Bretagne! Ce qu'il y a de plus étrange encore, c'est de voir les affections de poitrine, et la pneumonie en particulier, sévir avec force aux Bermudes, pays remarquable par la douceur et l'uniformité de sa température; la maladie atteindrait chaque année dans cette colonie 33 soldats sur 1000. Dans la vaste étendue de l'Union américaine, la pneumonie sévit fort inégalement; il résulte d'un travail du docteur Farry, médecin en chef de l'armée, que les affections thoraciques, et la pneumonie en particulier, sont moins communes dans les États situés au nord ou au sud que dans ceux qui sont dans une température moyenne ou variable (2).

Mais en descendant vers l'équateur, la pneumonie diminue de fréquence à tel point que, dans les Antilles anglaises et françaises, la maladie est des plus rares. M. Rufz a écrit à l'Académie qu'après une pratique des plus étendues à la Martinique, pendant cinq années, il n'avait observé que trois cas de pneumonie (3). En dix-sept ans, M. Dutroulau, médecin en chef de la marine, n'en a pas rencontré un seul cas dans les hôpitaux (4); enfin, M. le docteur Godineau, relevant tous les décès survenus dans les hôpitaux de la Guadeloupe, de la Martinique et de leurs dépendances, de 1816 à 1842, a trouvé que sur 11 805 morts, la pneumonie et la pleurésie réunies ne figuraient que pour le chiffre de 76 (5). On dit par contre qu'à

(1) *Statistical Reports.*

(2) *The American Journal of the medical sciences*, 1841.

(3) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X, p. 225.

(4) *Topographie médicale des climats intertropicaux.* Paris, 1858 (*Annales d'hygiène*, 1858, t. X). — *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds.* Paris, 1861.

(5) Indication fournie par M. Jules Rochard, d'après une thèse du docteur Godineau dont je ne connais pas le titre.

Cuba, du moins dans les montagnes, la pneumonie est fréquente et règne parfois épidémiquement (Jules Rochard).

Il est rationnel d'attribuer cette rareté des pneumonies aux Antilles à la chaleur de ces contrées, et surtout à la grande uniformité de la température, et à l'absence presque complète de variations barométriques. Ce qui justifie cette opinion, c'est que, sous la même latitude, il y a une contrée (la Jamaïque) plus humide que les autres où les vicissitudes atmosphériques sont plus fréquentes, et où par conséquent la pneumonie sévit beaucoup plus que dans les autres pays intertropicaux.

La pneumonie règne au Mexique. M. le docteur Jourdanet la signale comme étant commune à Mexico où la température pourtant est modérée et assez uniforme (1). Ce fait m'avait déjà été confirmé, il y a près de vingt-cinq ans, par mon ami le docteur Martinez del Rio, ancien professeur à la Faculté de Mexico. Il en serait de même de la Californie, qu'on a comparée à l'Italie pour la douceur de son climat ; la pneumonie y règne quelquefois pendant la mauvaise saison (J. Rochard).

Quant à l'Amérique du Sud, les renseignements n'abondent point. Cependant il paraît à peu près certain que la pneumonie est rare dans la Guyane, du moins chez les Européens (2), tandis qu'elle y est assez commune sur la race nègre (3) : c'est un fait déjà signalé par Bajon, dans le siècle dernier (4). Au Brésil, la pneumonie est loin d'être rare, surtout en avril, d'après Sigaud (5), elle serait moins commune sur les bords de la Plata (6).

Les phlegmasies pulmonaires seraient bien autrement fréquentes au Chili, notamment à Valparaiso, et plus encore au Pérou. A ce sujet, M. le docteur J. Rochard me dit que la pneumonie règne très-peu à bord de nos navires naviguant ou en station dans les mers du Sud. C'est là peut-être une assertion qui a besoin d'être vérifiée,

(1) *Les altitudes de l'Amérique tropicale*, Paris, 1861, p. 174.

(2) Colson, thèse de Montpellier, année 1855 : sur 3567 malades entrés à l'hôpital de Cayenne, il n'y a eu que 8 pneumonies. Dans le pénitencier, la pneumonie est entrée pour un cinq centième environ dans le chiffre des malades, et pour un quatre-vingt-sixième dans celui des morts.

(3) Roux, Thèse inaugurale de Montpellier. 1837.

(4) *Mémoires pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyane.* Paris, 1778.

(5) *Du climat et des maladies du Brésil.* Paris, 1844.

(6) M. J. Rochard me dit que le docteur Marroin, chirurgien du corps expéditionnaire, qui en 1850 fut envoyé dans la Plata, n'a compté sur 2141 malades qu'il a eus que 15 pneumonies dont 2 doubles. M. Leroy de Méricourt me signale aussi la même rareté dans ces parages.

car je vois dans les relevés de Wilson que, dans la marine anglaise, la proportion des pneumonies est plus considérable dans les commandements de l'Amérique du Sud que dans ceux de l'Amérique du Nord : la proportion serait en effet de 28,3 pour 1000 dans la première, et seulement de 22,1 pour la seconde. Je trouve aussi, dans des documents que je dois à M. Leroy de Méricourt, que 2322 hommes d'équipage, naviguant ou en station dans les mers du Sud, ont fourni à la pneumonie un contingent de 29 cas, chiffre assez considérable.

En résumé, nous avons vu la pneumonie se montrer dans toutes les parties du globe, mais d'une manière très-inégale. Sous les latitudes extrêmes, sous les tropiques, et surtout dans les régions polaires, la maladie est rare ou presque inconnue. On la trouve surtout comme maladie prédominante dans les pays tempérés, et plus spécialement dans ceux de l'Europe. Partout aussi nous la voyons sévir dans les saisons où règnent des transitions brusques de température. Dans les pays où la race nègre vit avec les Européens, la première fournit toujours à la pneumonie de nombreuses victimes, tandis que les seconds sont parfois à peu près respectés. Cette susceptibilité du poumon chez les nègres se rencontre partout où ces déshérités de l'espèce humaine sont transportés, le fussent-ils même dans les pays les plus semblables à ceux d'où ils proviennent. Il serait très-intéressant de savoir quelle est la fréquence des maladies de poitrine, soit aiguës, soit chroniques, au berceau même de la population nègre, afin de déterminer d'une manière exacte quelle est l'influence qui appartient à la race, quelle est celle qu'on doit attribuer au climat. Tout porte à croire pourtant que, dans sa patrie, le nègre paye encore un large tribut aux affections pulmonaires. Ainsi à Sierra Leone, où la mortalité des troupes blanches a été seize fois plus considérable que celle des troupes noires, où les fièvres ont fait cent soixante fois, les affections gastro-intestinales huit fois, les maladies du foie cinq fois plus de ravages parmi les premières que parmi les secondes, les maladies de poitrine seules ont fait plus de victimes parmi les nègres que parmi les blancs (1). Cette prédisposition des premiers à contracter les maladies thoraciques s'accroît d'autant plus qu'on s'éloigne davantage du continent africain.

Ce que nous avons dit de la fréquence plus ou moins grande de la pneumonie dans les divers climats s'applique aussi à la pleurésie. D'ailleurs, dans presque toutes les statistiques ces deux maladies

(1) Boudin, *Traité de géographie et de statistique médicales*, t. II, p. 271.

sont réunies, et il serait impossible de faire actuellement une part exacte à l'une et à l'autre. Mais de la fréquence ou de la rareté de ces maladies dans une localité, on ne devrait pas en conclure que les autres affections thoraciques suivent la même progression. Il n'en est rien. La phthisie, par exemple, peut sévir là où la pneumonie est rarement observée : telle est l'île de la Martinique, d'après M. Rufz. Il n'y a pas même de rapport constant entre les affections des bronches et la pleuro-pneumonie ; en Egypte, où celle-ci paraît si rare chez l'indigène et plus rare encore chez l'Européen, on trouve néanmoins que les bronchites sont communes chez l'un et chez l'autre ; il en est de même dans beaucoup d'autres pays. Il est aussi des contrées dans lesquelles on trouve des phthisiques en assez grand nombre, et qui comptent peu de pneumonies et de pleurésies, peu de bronchites même; c'est ce que M. Rufz a noté, particulièrement à la Martinique où les vieillards eux-mêmes sont respectés. Contrairement à ce que nous voyons ici et presque partout, du moins dans nos pays tempérés, ce ne sont pas les affections thoraciques qui emportent en grand nombre les personnes âgées, ce sont plutôt les maladies intestinales.

§ 9. — **Séjour dans les villes et dans les campagnes.**

La pneumonie est-elle plus répandue dans les campagnes que dans les villes? Je l'ignore, et l'on ne peut faire à cet égard que des suppositions. Peut-être n'y a-t-il rien d'absolu, et les proportions varient-elles suivant les pays, suivant la température qui y règne, suivant la prédominance de telle ou telle industrie. Ainsi, à Genève et dans son canton, Despine établit (1) que pour 20 000 âmes de chaque catégorie, on compte dans la ville 12 décès par pneumonie, et 12 1/2 dans la campagne, soit le rapport de 24 à 25. Il n'en serait pas de même en Angleterre, du moins en calculant d'après l'année 1841, où les décès par pneumonie auraient été de 20 pour 10 000 habitants des villes, et de 9 seulement pour le même nombre de campagnards.

§ 10. — **Pays marécageux.**

Hippocrate a prétendu (1) que la pneumonie était très-fréquente dans les pays marécageux. J. Frank dit aussi qu'il n'a vu nulle

(1) *Statistique mortuaire*, p. 154.

(2) *Œuvres complètes*, traduit par E. Littré. Paris, 1840, t. II, p. 13.

part un si grand nombre et une si grande variété de pneumonies que parmi les paysans livrés à la culture du riz, dans le canton du Tessin (1). Une pareille opinion est-elle fondée pour tous les pays à marécages?

Afin d'arriver à un résultat un peu positif, j'ai recherché les statistiques que j'ai crues les plus exactes sur les maladies observées pendant un temps plus ou moins long, dans diverses contrées marécageuses; or voici ce que j'ai trouvé. Dans les Antilles anglaises et à l'île de la Jamaïque, dont le sol est couvert d'eaux stagnantes, les fièvres intermittentes et rémittentes forment à elles seules près de la moitié des maladies qu'on y observe, et cependant nous avons vu précédemment que la pneumonie, quoique plus fréquente qu'elle ne l'est dans les îles environnantes, n'avait pas pourtant une fréquence en rapport avec celle des maladies marématiques. Dans la Guyane française, et surtout à Cayenne, si insalubre par le grand nombre de marais qu'on y trouve, les maladies graves des organes respiratoires, malgré l'assertion de Campet (2), s'y rencontrent rarement, ainsi que cela résulte des recherches de Segond, qui a exercé longtemps la médecine dans ce pays (3).

Dans la province du Canada, on observe à la fois et beaucoup de pneumonies, et beaucoup de fièvres intermittentes. Ce fait paraît d'abord favorable à l'opinion d'Hippocrate et de J. Frank, mais si l'on étudie séparément et comparativement la fréquence de chacune de ces maladies, dans le Canada supérieur et dans le Canada inférieur, on trouve que, dans le premier, couvert par d'immenses étangs, les fièvres rémittentes et intermittentes existent en beaucoup plus grand nombre que dans le second, et cela dans l'énorme différence de 178 à 26, tandis que la pneumonie, suivant un ordre inverse, est une fois plus fréquente dans la province méridionale que dans celle qui est au nord (comme 60 est à 130); de sorte que ce fait, qui, tout d'abord, semblait favorable à l'opinion du père de la médecine, lui est, au contraire, entièrement opposé. On sait aussi, d'après un compte rendu publié par M. Maillot, que les pneumonies sont excessivement rares à Bone (Afrique) (4). Il en est de même dans la province d'Oran, au rapport de M. Haspel (5), et personne n'ignore pourtant que, dans ces possessions françaises, les fièvres

(1) *Praxeos medic.*, vol. II, partie XI, p. 315.

(2) *Maladies des pays chauds.* Paris, an X, p. 211.

(3) *Aperçu sur le climat et les maladies de Cayenne* (thèse de Paris, 1831, n° 133).

(4) *Traité des fièvres intermittentes*, p. 414 (tableau synoptique).

(5) *Maladies de l'Algérie*, t. I, p. 18.

intermittentes et subcontinues sont des plus communes. Citons encore l'Égypte, fertile en fièvres palustres et où la pneumonie, comme nous l'avons dit plus haut, fait si peu de victimes (1).

Si nous recherchons ce qui se passe dans des pays tempérés, patrie en quelque sorte de la pneumonie, nous voyons Monfalcon (2), tout en signalant la fréquence des catarrhes pulmonaires dans les pays marécageux, ne parler nulle part de la pneumonie comme y étant une affection commune. M. Nepple (3) dit bien que la pneumonie est une des maladies les plus fréquentes chez les indigènes des pays d'étangs ; cependant, si l'on consulte le tableau du mouvement de l'hôpital de Montluel (Ain), que ce médecin a publié (4), on voit que, dans l'espace de quatre ans et demi, sur 1352 individus admis, les fièvres intermittentes et rémittentes formèrent à peu près les trois septièmes des maladies qui furent traitées, tandis que les pneumonies figurent pour un seizième, proportion sans doute considérable, mais qui pourtant n'a rien d'excessif, eu égard à notre climat.

Si, faisant maintenant une contre-épreuve, nous parcourons les pays où la pneumonie est fréquente, tels que la Nouvelle-Écosse, Gibraltar, Malte, les îles Bermudes et beaucoup de nos départements, nous voyons que, dans toutes ces contrées, sans aucune exception, les fièvres intermittentes et rémittentes doivent être considérées comme rares, ou du moins comme peu communes.

De tout ce qui précède, il faut conclure, contrairement à l'opinion d'Hippocrate et de J. Frank, que, dans les pays marécageux, les pneumonies ne sont pas généralement plus fréquentes qu'ailleurs ; il semble même que les faits qui précèdent nous autoriseraient à renverser la proposition d'Hippocrate et de J. Frank, et à dire que les pneumonies sont d'autant plus rares dans un pays que celui-ci présente un plus grand nombre de fièvres intermittentes et rémittentes. Cependant une proposition formulée de cette manière pourrait bien être exacte pour les pays chauds et intertropicaux ; mais elle cesserait d'être vraie quand on l'appliquerait aux régions septentrionales, au Canada par exemple, où nous avons trouvé beaucoup de pneumonies et beaucoup de fièvres intermittentes. J'ai démontré que la cause qui engendre celle-ci n'est pour rien dans la production des inflammations pulmonaires ; ces dernières dépendent du climat ; les autres, au contraire, ne sont que l'effet

(1) Schnepp, *Du climat de l'Égypte*. Paris, 1862.

(2) *Histoire médicale des marais*, 2e édition, p. 500.

(3) *Essai sur les fièvres intermittentes et rémittentes*. 1828, p. 15.

(4) *Ibid.*, p. 397 et seq.

des émanations marécageuses, qu'il est toujours au pouvoir de l'homme de détruire.

Voilà ce que je disais dans la première édition de ce livre, et cependant un auteur allemand, le docteur Hirsch, de Leipsig (1), m'a prêté une opinion bien différente : il m'a accusé d'avoir établi un antagonisme entre la pneumonie et les fièvres intermittentes, et d'avoir soutenu l'idée fort étrange que le pays marécageux excluait la pneumonie. Il n'en est rien ; j'ai soutenu seulement que, contrairement à ce qu'on aurait pu croire à priori, la pneumonie y était souvent moins commune qu'ailleurs. Mais la proportion eût-elle été renversée, qu'on n'aurait pas dû en conclure nécessairement à une influence directe exercée par le miasme marécageux ; il eût fallu invoquer plutôt l'humidité et les refroidissements auxquels on est davantage exposé dans ces localités ; ces causes doivent être d'autant plus actives, qu'elles se trouvent aux prises avec des constitutions plus affaiblies.

Cependant, si l'intoxication marématique ne prédispose point aux pneumonies ordinaires, elle seule peut faire naître, ainsi que nous l'établirons ailleurs, une espèce particulière de pneumonie qui constitue une forme de la fièvre pernicieuse.

L'intoxication palustre peut aussi modifier le caractère des pneumonies spontanées ou de celles qui se déclarent à l'occasion des causes habituelles. C'est ainsi que, dans certains pays, les phlegmasies pulmonaires, comme la plupart des maladies aiguës, peuvent se compliquer, habituellement ou à certaines époques de l'année, d'un élément intermittent qui ne constitue pas, il est vrai, le fond de l'affection, mais qui n'en mérite pas moins l'attention du médecin; car la médication spécifique par le sulfate de quinine devient nécessaire, et elle a souvent pour effet, en faisant cesser un simple élément, ou plutôt une complication, d'imprimer à l'affection première une allure plus décidée, une marche plus régulière.

Enfin, la pneumonie qui survient spontanément à la suite de fièvres prolongées sur des organisations épuisées, peut offrir, dans ses symptômes et dans sa marche, les modifications que nous étudierons ailleurs, en traitant des pneumonies secondaires. C'est ce que M. Catteloup a souvent vu en Afrique (2) ; mais il n'y a là rien qui soit spécial à l'intoxication marématique : c'est une pneumonie qui survient sur un organisme affaibli, épuisé, et qui subit des modifications comme toutes celles qui se déclarent dans le cours de

(1) *Handbuch der histor. geographischen Pathologie*, 2e volume. Erlangen, 1862.

(2) *De la pneumonie d'Afrique*. Paris, in-8, 1853.

beaucoup d'autres maladies ou bien après des intoxications très-diverses. Suivant que celles-ci sont plus ou moins graves, suivant que l'altération subie par l'organisme est plus ou moins attaquable par les moyens dont nous disposons, la pneumonie sera plus ou moins sérieuse; mais, le plus souvent, il n'existe aucune indication spéciale résultant de la cause qui a produit l'état cachectique.

§ 11. — Lieux élevés.

On a encore prétendu que la pneumonie était fréquente dans les lieux *secs* et *élevés*. Cependant je ferai observer, avec Chomel, que, jusqu'à présent, il n'existe aucun fait qui démontre cette influence. On a même dit que si à l'élévation du sol il s'y joignait une saison rigoureuse, l'inflammation des poumons atteignait un haut degré de fréquence; on cite, à ce sujet, l'exemple des troupes françaises qui, ayant séjourné sur le mont Cenis du 15 décembre au 15 mai, furent affectées d'un grand nombre de pneumonies, puisque celles-ci formèrent le quart des maladies qu'on observa à cette époque.

Mais de pareils faits, en les supposant exacts pour le diagnostic, sont encore insuffisants pour démontrer l'influence qu'on suppose avoir été exercée par la localité. Il n'y a rien d'impossible, en effet, que le grand nombre de pneumonies qu'on a observées pendant six mois sur le mont Cenis dépendît de circonstances tout à fait fortuites de constitution médicale. Pour démontrer que l'élévation du sol joue un rôle dans la production des phlegmasies pulmonaires, il faudrait connaître exactement le degré habituel de fréquence de cette maladie, comparativement à ce qu'elle est dans les vallées voisines. Jusqu'à ce qu'un pareil travail ait été fait, on doit considérer comme n'étant pas encore prouvée l'opinion de ceux qui font de la pneumonie une maladie plus commune dans les lieux élevés que dans ceux qui ont une exposition différente.

§ 12. — Saisons.

Quoique la pneumonie puisse se déclarer dans toutes les saisons, presque tous les auteurs cependant ont reconnu qu'il y a, dans l'année, certaines époques où la maladie devenait beaucoup plus fréquente. Depuis Hippocrate, la majorité des médecins a indiqué la pneumonie comme étant une maladie particulière à l'hiver. Cependant Sydenham dit qu'elle a plutôt son maximum de fréquence entre le printemps et l'été (1), opinion que Van Swieten a soute-

(1) Tome I, p. 398, édition de Baumes.

nue (1). Il est donc probable que ces auteurs plaçaient le maximum de fréquence de la pneumonie pendant les mois d'avril et de mai. Suivant Chomel (2), la pneumonie régnerait particulièrement à la fin de l'hiver, au printemps et dans le commencement de l'été ; elle serait fort rare dans la deuxième moitié de cette saison et pendant l'automne. A l'appui de cette proposition, il cite une statistique de 97 pneumonies observées par lui et par M. Louis, à l'hôpital de la Charité ; or, sur ce nombre, 81 s'étaient montrées de février en août, et 16 seulement dans les cinq autres mois de l'année.

Mes résultats sont conformes à ceux qu'ont obtenus la plupart des médecins qui m'ont précédé. Voici, en effet, comment se sont réparties, dans chacun des mois de l'année, les 553 observations de pneumonies pour lesquelles il a été tenu compte expressément du mois auquel elles se sont déclarées.

Janvier	46
Février	64
Mars	82
Avril	104
Mai	68
Juin	17
Juillet	25
Août	20
Septembre	16
Octobre	19
Novembre	44
Décembre	48
	553

Il résulte de ce tableau qu'à Paris la pneumonie aurait son maximum de fréquence dans le mois d'avril ; viendraient ensuite, dans leur ordre de fréquence, mars, mai, février, janvier, décembre, novembre et juillet ; les mois d'août, d'octobre, de juin et de septembre seraient par contre ceux pendant lesquels la maladie serait la plus rare. J'ai étudié l'influence des saisons sur les deux sexes, et j'ai obtenu pour chacun d'eux en particulier les résultats généraux que je viens d'indiquer. Il n'y a pas non plus pour les âges des différences bien notables ; la pneumonie, en effet, sévit, à Paris, chez les vieillards et chez les enfants, à peu près dans les mêmes mois qui sont les plus pernicieux pour les adultes (3). Je

(1) Aggredior imprimis autem illa parte anni quæ *inter ver atque æstatem ambigens* utriusque quasi fibula est, in *Aphor*, § 879, t. III.

(2) *Loc. cit.*, p. 210.

(3) Durand-Fardel, *Maladies des vieillards*, p. 510, et Rilliet et Barthez, *Ma-*

parle de Paris et des pays tempérés de l'Europe, mais on comprend que la proportion des pneumonies dans les divers mois de l'année peut changer suivant quelques latitudes.

Des faits qui précèdent, on doit conclure qu'à tous les âges de la vie, la pneumonie primitive a son maximum de fréquence à la fin de l'hiver et pendant le printemps, surtout durant les mois d'avril et de mars; elle devient ensuite plus commune pendant l'hiver, et elle a son minimum de fréquence durant l'été et l'automne. Cependant on a vu par les tableaux qui précèdent que les phlegmasies pulmonaires ne sont pas des affections rares, même dans la saison la plus chaude. Ce que nous voyons ici, à Paris, a été constaté de même par J. Frank dans la Lombardie, en Autriche et dans la Lithuanie (1).

Il est probable que les résultats que j'ai précédemment indiqués doivent assez peu différer dans les divers climats où la pneumonie se montre du moins comme affection commune. A Malte, par exemple, la maladie a, comme chez nous, son maximum de fréquence au printemps, l'hiver vient ensuite, mais l'automne paraît y prédisposer davantage que l'été. Dans des climats plus froids, la prédominance de la pneumonie pendant le printemps paraît exister encore. J. Frank dit, en effet, qu'à Wilna il est rare d'observer des inflammations pulmonaires pendant les fortes gelées. Enfin, d'après un relevé publié en Angleterre (2), on dirait que la fréquence de la pneumonie dans chaque saison ne serait peut-être pas très-exactement la même à Edimbourg qu'à Paris; cependant la différence n'est pas assez considérable pour modifier l'opinion que j'ai émise. Les résultats généraux que je viens d'indiquer semblent aussi devoir être peu modifiés par les constitutions épidémiques. C'est ainsi que sur treize épidémies de pneumonie dont l'*authenticité ne soit pas trop contestable*, sept ont commencé au printemps, quatre en hiver, une en automne et une pendant l'été.

Le froid doit-il seul être invoqué pour expliquer le grand nombre des pneumonies pendant l'hiver et pendant le printemps? S'il en était ainsi, la fréquence de la maladie devrait être en rap-

ladies des enfants, t. I, 2e édition, p. 536. — M. Despine, dit que dans le canton de Genève les mois se classent dans l'ordre suivant, eu égard aux décès par pneumonie : mars, janvier, avril, février, décembre, mai, novembre, juin, octobre, juillet, septembre, août.

(1) *Loc. cit.*, p. 311.

(2) *Cyclopedia of practical medecine*, t. III, p. 407.

(3) *Archives*, t. VIII, 3e série, p. 482.

port direct avec l'abaissement de la température. Or, il n'en est rien. Invoquerons-nous plutôt les vicissitudes atmosphériques? dirons-nous que les changements dans la température sont beaucoup plus brusques et plus fréquents dans la première moitié de l'année que dans la deuxième? Cette influence est incontestable, car le froid seul, quand il est constant, soutenu, n'agit pas plus dans la production de la pneumonie qu'une température élevée. Il n'en est plus de même des vicissitudes ou du passage subit du chaud au froid, et surtout au froid humide. Cependant avouons qu'il n'y a pas toujours un rapport exact entre la fréquence des pneumonies et les variations atmosphériques. Nous avons vu tantôt que, dans des pays où celles-ci sont bien autrement intenses que chez nous, les pneumonies pourtant sont beaucoup plus rares. L'influence des saisons dans la production des maladies dépend donc très-probablement d'une action complexe, et que nous n'avons pu encore pénétrer tout entière. Nous pouvons aisément saisir à l'aide de la statistique les rapports de fréquence des maladies avec les différentes saisons; mais donner la raison entière, complète, pour laquelle la pneumonie et la rougeole prédominent au printemps, la scarlatine en automne ou dans l'été, etc., c'est là un de ces mystères que nous n'avons pu encore pénétrer.

§ 13. — **Vents.**

Existe-t-il des vents qu'on puisse considérer comme favorisant le développement de la pneumonie? Est-il, par exemple, exact de dire, avec J. Frank (1), que les inflammations de poitrine sont communes lorsque les vents du nord ou nord-est viennent à souffler? Je crois qu'il est impossible d'émettre à ce sujet une règle fixe, invariable. Il faut ici avoir égard aux climats dans lesquels on observe. Si, en effet, J. Frank a vu dans la Lombardie et en Allemagne les pneumonies sévir en plus grand nombre pendant que les vents du nord venaient à souffler, il n'en est plus de même pour certains pays, puisque, comme je l'ai dit précédemment, à Gibraltar le vent d'ouest est celui qui prédomine pendant les mois où règne le plus grand nombre de phlegmasies pulmonaires. Cependant, à part quelques autres rares exceptions, on peut dire que presque partout les vents nord et nord-est ou nord-ouest sont ceux qui coïncident avec le développement du plus grand nombre de pneumonies; c'est ce qu'on observe en particulier aux îles Bermudes et à la Nou-

(1) *Loc. cit.*, p. 312.

velle-Écosse. A Paris, voici quelle a été la direction des vents pendant le développement de 54 pneumonies :

15	pneumonies sont survenues	avec le	vent nord-est.
11	—	—	avec le nord-ouest.
3	—	—	avec le vent nord.
4	—	—	avec le sud.
5	—	—	avec le sud-est.
8	—	—	avec sud-ouest.
8	—	—	calme parfait.

Il semble résulter de là qu'à Paris les vents du nord sont ceux qui coïncident le plus souvent avec le développement des pneumonies, et que de tous les vents c'est celui du nord-est qui semble exercer le plus d'influence sur la production des inflammations pulmonaires. Mais le nombre de faits est encore trop peu considérable pour avoir une opinion bien arrêtée sur ce sujet. Je dois dire pourtant que mes résultats ont été confirmés par les recherches de Hourmann et de M. Dechambre (1). Ces observateurs ont remarqué pendant trois années de suite à la Salpêtrière, que pendant tout le temps qu'une augmentation considérable eut lieu dans le nombre des pneumonies, la flèche de l'église avait pris la direction du nord-est et s'y était maintenue invariablement. Le Pecq de la Clôture (2) avait fait la même remarque pour la Normandie.

Cependant l'influence qu'exercent les vents du nord dans la production des pneumonies n'est pas absolue, elle peut être modifiée plus ou moins, annulée même par diverses circonstances. C'est ainsi qu'à Genève, pendant l'année 1838, le maximum de mortalité et probablement aussi de fréquence des pneumonies eut lieu en mai, et le minimum en septembre, bien que les vents du nord eussent également prédominé pendant ces deux époques (3).

§ 14. — **Variations barométriques.**

On conçoit que des changements survenus dans la pression atmosphérique doivent, surtout s'ils sont brusques, amener une perturbation dans la circulation des liquides de l'économie, spécialement dans la circulation pulmonaire ; aussi la théorie porterait à admettre que, sous leur influence, on devrait voir survenir beau-

(1) *Loc. cit.*, p. 32.

(2) *Maladies épidémiques*. Paris, 1776, 1re partie, p. 15.

(3) Despine, *Annales d'hygiène*, t. XXIII. Les vents du nord ont soufflé vingt-deux jours en mai et vingt et un en septembre.

coup de phlegmasies thoraciques. Suivant J. Frank (1), les pneumonies seraient observées en plus grand nombre lorsque la colonne barométrique est très-élevée. Ayant recherché si cette influence était réelle dans cinquante-deux cas de pneumonie, j'ai trouvé indifféremment et à peu près en nombre égal tantôt un maximum d'élévation dans la colonne de mercure, tantôt un minimum ; il m'est donc impossible de rien conclure sur l'influence que peut exercer dans la production des pneumonies le degré plus ou moins considérable de pression atmosphérique. A Genève, Marc d'Espine a trouvé peu de différence pour la moyenne barométrique entre les mois de mai et de septembre, et cependant, comme je l'ai déjà dit, les pneumonies ont eu leur maximum de fréquence dans le premier, et leur minimum dans le second.

ARTICLE II.

CAUSES EXCITANTES OU OCCASIONNELLES DE LA PNEUMONIE.

§ 1er. — **Causes traumatiques.**

La pneumonie peut être produite par des causes traumatiques. Les plus fréquentes sont les contusions du thorax (2), soit simples, soit compliquées de la fracture d'une ou de plusieurs côtes dont les fragments enfoncés dans l'intérieur de la cage thoracique ont pu irriter ou blesser le poumon. Lieutaud (3) et Portal (4) ont prétendu que la pneumonie, à l'instar de l'hépatite, pouvait succéder à des coups violents sur des parties très-éloignées. Ce serait, si je puis parler ainsi, des inflammations par contre-coup qui pourraient survenir, par exemple, à la suite d'une chute faite d'un lieu plus ou moins élevé, sur les genoux, sur les talons ou sur le siége. Toutefois, je ne connais aucun exemple authentique qui prouve qu'une pneumonie ait jamais succédé à une pareille cause ; il est probable que les auteurs ont ici raisonné par analogie ; ils ont supposé qu'il devait en être pour les poumons comme pour le foie et pour le cerveau dont le tissu délicat et friable se déchire facilement à la suite des violences extérieures ; il n'en est pas absolument de même pour les poumons. Cependant la pneumonie survient quelquefois chez des individus qui font un violent effort pour soulever un fardeau ;

(1) *Loc. cit.*, p. 312.

(2) Rouppe, *De morbis navigantium*, p. 44.

(3) *Hist. anatom.*, Parisiis, 1767, t. I.

(4) *Cours d'anatomie*, t. V, p. 72.

j'en ai observé plusieurs exemples. Une douleur violente se fait sentir aussitôt, et peu d'heures après se déclarent les symptômes de la pneumonie. J. Frank a vu un fait semblable à la clinique de Pavie, chez un portefaix qui, ayant mal chargé un sac de riz sur son dos, éprouva dans la cavité thoracique une sensation de crépitation, et fut pris aussitôt des symptômes de la pneumonie (1). Comment expliquer dans ce cas le développement de la maladie? Il est probable que dans les efforts pendant lesquels l'air reste emprisonné et comprimé dans la poitrine, pendant lesquels aussi toutes les parties molles et dures sont dans un état de tension, quelque rupture a dû s'effectuer dans les muscles ainsi que dans le parenchyme pulmonaire; de là cette douleur vive ressentie instantanément par les malades et les accidents inflammatoires consécutifs.

Tous les chirurgiens signalent la pneumonie comme étant un des accidents les plus constants des plaies pénétrantes de poitrine; ils disent que cette complication peut survenir, quels que soient le genre et la nature de la plaie. Toutefois, on l'observerait spécialement dans celles que déterminent les armes de guerre, surtout si elles se compliquent de la présence d'un corps étranger.

Si l'on n'avait égard qu'à l'organisation du tissu des poumons, à sa grande vascularité, on pourrait admettre à priori que ces organes doivent s'enflammer avec une extrême facilité sous l'influence des causes traumatiques que je viens d'énumérer. Il n'en est rien pourtant; l'observation clinique démontre en effet que le poumon est un des organes de l'économie qui s'enflamme le plus difficilement sous l'influence des violences extérieures, même quand elles sont très-graves.

Rien n'est plus rare que d'observer des pneumonies consécutivement à la contusion du thorax, qu'il y ait ou non fracture des côtes. En réfléchissant d'ailleurs à la structure de la poitrine, on conçoit pourquoi les organes intérieurs et surtout les poumons souffrent si rarement à la suite des contusions. Le thorax est composé de pièces cartilagineuses et osseuses, élastiques et mobiles, séparées par des espaces que remplissent des parties molles, lesquelles amortissent ou décomposent les chocs qu'on porte sur lui, et empêchent ainsi une transmission trop directe sur les viscères qu'elles sont chargées de protéger. Dans les cas assez rares où la contusion atteint le poumon lui-même, elle a le plus souvent pour effet de produire à la superficie de l'organe une infiltration sanguine, véritable ecchymose qui se résorbe rapidement, sans donner lieu à

(1) *Loc. cit.*, p. 316.

aucun symptôme; si la contusion a été plus forte, la trame de l'organe a pu être déchirée, et il en résulte alors un épanchement sanguin assez semblable à celui qui constitue les noyaux d'apoplexie pulmonaire. C'est ce que j'ai eu occasion d'observer deux fois chez des individus qui avaient succombé à la suite d'une chute d'un lieu élevé. La mort ayant eu lieu les quatrième et neuvième jours, le sang épanché commençait à se résorber sans qu'on pût découvrir dans le point contus, ni dans son voisinage, aucun vestige d'un travail inflammatoire. Enfin, les expériences faites sur les animaux vivants par M. Jobert, de Lamballe (1), et les observations sur l'homme, ont prouvé aussi que les plaies des poumons par instruments piquants, tranchants ou contondants, non-seulement étaient rarement suivies de pneumonie étendue, mais encore que leur cicatrisation était en général très-rapide (2).

Les corps étrangers pénétrant dans les poumons sont plus aisément cause de pneumonies, et celles-ci se terminent plus souvent par abcès que ne le font celles qui sont spontanées ou qui succèdent à un refroidissement. Les corps étrangers arrivent dans le tissu de l'organe, tantôt par une plaie extérieure, tantôt ils y sont portés par la partie supérieure des voies respiratoires. Cependant il serait erroné de croire qu'une pneumonie soit la conséquence forcée de la pénétration du poumon par un corps étranger; les annales de la chirurgie renferment un grand nombre de faits qui prouveraient le contraire. Je dirai même que, dans les plaies des poumons par armes à feu, l'inflammation consécutive est souvent presque nulle, du moins elle reste assez généralement limitée au trajet de la blessure, et à la profondeur de quelques millimètres seulement. C'est ce que j'ai vu chez trois individus qui, ayant succombé les quatrième, septième et neuvième jours d'une plaie du poumon, présentèrent à l'autopsie un tissu pulmonaire tout à fait intact autour du trajet que le projectile avait suivi, quoique la plaie contînt encore plusieurs morceaux de vêtements. Dans un cas seulement, il existait une petite induration rouge sur le trajet de la plaie, mais elle ne s'étendait guère qu'à une profondeur de 7 ou 8 millimètres.

Les corps étrangers qui s'introduisent par la partie supérieure des voies respiratoires deviennent, au contraire, plus souvent l'origine de pneumonies plus ou moins graves. Les accidents de suffocation que provoque leur pénétration dans le larynx se calment

(1) *Plaies d'armes à feu.* Paris, 1833, in-8, p. 173.

(2) Voyez une observation de M. Chassaignac, *Thèses* de 1835, n° 89, p. 65.

ou même cessent après quelques jours ; mais si le corps étranger n'est point expulsé par les efforts de la nature ou extrait par les secours de l'art, il finit tôt ou tard par déterminer la mort. Dans les deux tiers des cas, celle-ci n'arrive qu'après un temps fort long et avec tous les symptômes de la consomption pulmonaire. Chez les autres, le corps étranger, placé à la bifurcation de la trachée ou dans l'une des bronches, provoque dans le poumon correspondant un travail inflammatoire qui emporte le sujet ; et, suivant que la maladie a duré quelques jours ou plusieurs mois, on trouve une hépatisation (1) ou bien un abcès circonscrit dans le parenchyme pulmonaire (2). Si le corps étranger est de nature à pouvoir cheminer profondément dans l'épaisseur du poumon, il y provoquera nécessairement alors une inflammation dont la marche sera plus ou moins rapide. C'est ainsi que les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (3), les *Actes de Leipsig* (4), les *Archives de médecine* (5), les *Bulletins de la Société anatomique* (6), la *Gazette hebdomaire* (7), etc., contiennent de nombreux exemples d'épis de graminées qui, ayant pénétré dans la trachée et dans les bronches, avaient déterminé une pneumonie qui presque toujours affectait un même mode de terminaison que j'étudierai plus tard.

Les corps pulvérulents respirés par les individus qui exercent certaines professions n'ont jamais pour effet de provoquer le développement de pneumonies aiguës ; mais il est certain que l'accumulation dans les vésicules de particules minérales ou végétales peuvent, à la longue, amener dans les poumons des exsudats et une induration de tissu caractérisant la pneumonie chronique. C'est ce qu'on a spécialement vu chez les mineurs, et plus souvent encore chez les aiguiseurs, comme cela résulte particulièrement des travaux de MM. Hall de Sheffield et Desayvre, que j'ai déjà cités.

En résumé, le tissu pulmonaire a moins de tendance à s'enflammer sous l'influence de violences extérieures qu'on ne le supposerait à priori. Nous dirons plus tard que ces pneumonies, développées sous l'influence de causes traumatiques, restent circonscrites dans la majorité des cas.

(1) *Journal de Dublin*, vol. V, 1834.

(2) *Edinb. med. and surg. Journal*, vol. XXXV, 1831.

(3) Tome I, p. 411. Paris, 1819, in-8.

(4) Année 1710, p. 137.

(5) Tome XII, p. 465.

(6) 3e série, 1835, p. 83.

(7) Tome I, p. 94.

§ 2. — Vapeurs irritantes.

L'inspiration de vapeurs irritantes a été notée par tous les auteurs comme pouvant déterminer une pneumonie plus ou moins grave. On a surtout signalé comme produisant cet effet l'ammoniaque, les acides chlorhydrique et sulfureux. Van Swieten (1) et J. Frank (2) surtout, citent l'histoire de plusieurs individus qui, s'étant exposés sans précaution aux vapeurs des substances dont je parle, furent affectés de pneumonie et d'hémoptysies graves. Il est probable qu'il n'y eut, dans ces cas, qu'une bronchite capillaire avec exhalation sanguine, affection que les anciens confondaient généralement avec la pneumonie. Pour ma part, je n'ai jamais vu d'inflammation du parenchyme pulmonaire survenir sous l'influence des causes que j'indique. J'ai rencontré quatre individus qui, ayant respiré une grande quantité d'acide sulfureux, éprouvèrent à l'instant même une violente oppression, avec chaleur générale dans la poitrine; la toux devint fréquente et douloureuse; la fièvre s'alluma; il y eut chez l'un d'eux des crachats d'hémoptysie; chez tous je constatai une bronchite capillaire assez intense; mais chez aucun des malades, et à aucune époque de l'affection, je ne pus découvrir de symptômes de pneumonie. Je crois qu'il en est ainsi dans la plupart des cas. L'inspiration de vapeurs irritantes n'ayant lieu que pendant un temps assez court, se borne à exciter, à phlogoser la membrane muqueuse des voies aériennes sans enflammer le parenchyme pulmonaire. L'ammoniaque paraît devoir exercer le même mode d'action que les substances énumérées plus haut; c'est ce que prouvent, notamment, les observations publiées dans la *Gazette de santé* (3), dans le *Journal d'Édimbourg* (4) et dans la *Revue médicale* (5).

Quoique je ne connaisse aucun exemple authentique de pneumonie produite par l'action de vapeurs irritantes, j'en admets cependant la possibilité; mais il faut probablement, pour que cet effet ait lieu, que les malades restent exposés pendant assez longtemps à l'action de cette cause; c'est, du moins, ce que semble établir une expérience faite par Bretonneau (6). Ayant plongé des

(1) *Loc. cit.*, § 824.

(2) *Loc. cit.*, p. 317.

(3) Du 21 mai 1816, *Observ. de Nysten.*

(4) Tome XIV, p. 642.

(5) Tome XVII, p. 205.

(6) *Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux et en particulier sur la diphthérite.* Paris, 1826, p. 100.

animaux dans des tonneaux d'où se dégageait beaucoup de vapeurs d'acide chlorhydrique, et ne les retirant qu'au moment où ils allaient périr, ce médecin trouvait, à l'ouverture des cadavres, des noyaux d'hépatisation lobulaire disséminés dans les deux poumons, et succédant à une multitude d'ecchymoses, qui étaient l'effet immédiat de l'inspiration de l'acide. Je crois que c'étaient alors moins souvent des indurations inflammatoires véritables que de simples noyaux apoplectiques.

§ 3. — Refroidissement.

On admet généralement que presque toutes les pneumonies reconnaissent pour cause occasionnelle les vicissitudes atmosphériques, les changements brusques de température, les refroidissements survenant chez des individus qui, ayant le corps plus ou moins couvert de sueur, s'exposent à une basse température ou bien ingèrent un liquide froid. Cette opinion règne dans la science comme parmi le vulgaire, qui désigne communément la pneumonie sous le nom de *sueur rentrée*, d'après l'idée qu'il se forme sur la nature de la cause qui la produit ordinairement. Personne, que je sache, n'a osé mettre en doute l'influence incontestable qu'exerce dans la production des pneumonies le refroidissement du corps, survenant dans les circonstances diverses que je viens d'indiquer. Trop d'exemples le démontrent journellement. J'ajouterai que, parmi les causes occasionnelles *saisissables*, le refroidissement est celle de toutes qu'on constate, et de beaucoup, le plus fréquemment. Mais prétendre, avec un professeur allemand, que le froid est la cause unique des pneumonies (1), soutenir même qu'elle a agi *d'une manière évidente* dans la presque totalité des cas, c'est affirmer un fait non susceptible de démonstration.

Lorsqu'on interroge un malade pour connaître s'il a été soumis à un refroidissement quelconque, le médecin doit prendre quelques précautions s'il ne veut être induit en erreur.

En demandant simplement au malade : Vous êtes-vous refroidi? le plus souvent il répondra par l'affirmative ; mais si l'on précise davantage les questions, on peut alors se convaincre que, dans un grand nombre de cas, il a confondu le refroidissement avec le frisson d'invasion qu'il est ordinaire d'observer au début des maladies aiguës, et de la pneumonie en particulier. D'autres individus confondront avec le refroidissement la sensibilité plus grande du corps au froid extérieur dans l'imminence ou pendant les pro-

(1) Hildenbrand, *Instit. pract. med.*, t. III, p. 194.

dromes des maladies aiguës. On retrouve enfin une autre cause d'erreur dans l'opinion de certains malades, qui, dominés, à l'instar de beaucoup de médecins, par une théorie ou par une idée préconçue, veulent à toute force expliquer leur maladie par un refroidissement dont ils n'ont eu aucune conscience ou dont ils ne conservent aucun souvenir; mais ils disent s'être refroidis, parce que beaucoup d'entre eux ne conçoivent pas que leur maladie puisse avoir d'autre cause qu'un refroidissement. Pour parvenir à connaître la vérité, dans ces cas, il faut adresser au malade une série de questions, afin de constater quel était l'état de chaque fonction et de la santé générale au moment même de l'action de la cause; on précisera la manière dont le refroidissement a eu lieu; on indiquera les sensations éprouvées par les malades, et l'état de santé immédiatement ou peu après l'action du froid.

Or, sur deux cent cinq malades qui ont été interrogés par moi, en suivant exactement les règles que je viens d'établir, je n'en ai trouvé que quarante-neuf chez lesquels l'impression du froid pût être considérée comme la cause qui avait manifestement déterminé le développement de la maladie. Chez quatre je n'ai pu avoir aucun renseignement, ou ceux que j'ai obtenus ont été tellement vagues, que ces faits ont dû être écartés et considérés comme non avenus. Il résulterait donc de ce qui précède, que ce ne serait guère que chez le quart des malades qu'on pourrait invoquer un refroidissement comme cause occasionnelle évidente de la pneumonie.

Concluons que, pour le plus grand nombre des pneumonies qu'on observe chez l'adulte, il est impossible de reconnaître comme cause déterminante l'influence d'un refroidissement, du moins s'il a eu lieu, dans ce cas, il ne nous est pas permis de le constater. Ne disons donc point avec quelques médecins que si l'on rencontre des pneumonies dans lesquelles il est impossible au malade d'indiquer le temps, le lieu, les circonstances où un refroidissement a pu agir pour produire la maladie, l'action de cette cause n'en est pas moins certaine, et qu'on doit supposer alors que les malades ont été inattentifs à la sensation du froid qu'ils ont dû éprouver. Il n'est pas permis de raisonner de la sorte, car, dans les sciences d'observation on ne saurait admettre comme réelle l'influence de causes qu'il a été impossible de constater. Ce que je viens de dire est confirmé d'ailleurs par la pratique de Chomel (1), ainsi que par les observations de M. le professeur Andral. Ces médecins éminents ont reconnu que, parmi les individus qui se sont exposés à l'action

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. PNEUMONIE.

d'une température froide, tandis qu'ils étaient en sueur, le plus petit nombre est frappé d'une inflammation du poumon, et que souvent aussi une pneumonie se manifeste sans qu'on puisse saisir l'intervention d'une cause occasionnelle appréciable (1).

L'action d'un refroidissement brusque dans la production des pneumonies est bien plus obscure, bien plus difficile à constater chez les enfants. Dugès (2) avait signalé les refroidissements comme la *seule cause évidente* des inflammations pulmonaires qu'on observe dans le jeune âge. Mais lorsqu'on veut vérifier sérieusement l'exactitude d'une pareille assertion, on trouve que la chose est le plus souvent impossible, parce que tantôt on manque de renseignements, et que d'autres fois les petits malades ont été placés dans des conditions telles, qu'un refroidissement a été presque impossible. A l'hospice des Enfants trouvés, comment savoir, dit Valleix, si les enfants ont été exposés au froid? Toutes les pneumonies surviennent dans les salles qui sont tenues à une température constante de 15 à 17 degrés. Tous ont les mêmes vêtements, tous sont soignés avec les mêmes précautions; on ne saurait donc dire pourquoi, dans des circonstances semblables, quelques-uns échappent aux pneumonies dont tant d'autres sont victimes, et il n'y a pas plus de raisons de croire que les uns ont été exposés au froid que les autres (3). Chez les enfants plus âgés, les difficultés sont moindres sans doute, mais néanmoins, dans la grande majorité des cas, on ne peut constater comme étiologie de la maladie la préexistence d'un refroidissement.

Lorsque le froid agit comme cause déterminante dans la production des pneumonies, c'est surtout, comme Laennec l'observe (4), dans les cas où le corps est médiocrement échauffé et couvert d'une sueur moite, ou bien encore lorsque le refroidissement se prolonge assez longtemps. Les phlegmasies pulmonaires sont au contraire peu ou point à craindre, lorsque l'impression du froid succède brusquement à une haute température, et que son action passagère permet à la réaction de se faire promptement. Ainsi le Russe qui sort de son étuve pour se rouler dans la neige, ne contracte pas de pneumonie. Il en est de même pour les individus qui sont soumis aux diverses pratiques de l'hydrothérapie, lorsque cette puissante méthode est dirigée par une main habile. Nous avons dit plus haut,

(1) *Clinique médicale*, 4e édition, t. III.

(2) Thèse, 1821, n° 54, p. 23.

(3) *Clinique des maladies des nouveau-nés*, p. 176.

(4) Tome I, p. 546.

d'après Laennec, que la même immunité se remarquait pour les boulangers qui, quittant à peu près nus l'atmosphère brûlante de leurs fournils, s'exposent ensuite à un froid de plusieurs degrés au-dessous de zéro. Mais ici les exceptions sont plus communes, parce que dans beaucoup de cas l'action du froid se prolonge pendant un temps trop long pour permettre à la réaction de s'effectuer complétement.

Dans les quatre cinquièmes des cas où j'ai vu le froid agir comme cause déterminante, manifeste, les individus s'étaient exposés, ayant chaud, les uns à un courant d'air froid, d'autres avaient eu leurs vêtements mouillés; chez quelques-uns enfin, la pneumonie avait été consécutive à l'ingestion dans l'estomac d'une boisson glacée.

Toutes choses égales d'ailleurs, c'est aux deux extrêmes de la vie que le refroidissement produit les effets les plus désastreux. On sait en effet que dans l'enfance et dans la vieillesse, l'homme produit moins de chaleur qu'aux autres périodes de la vie, et qu'il réagit, par conséquent, moins énergiquement contre les diverses causes de refroidissement (1). Il en est peut-être de même pour la femme, qui oppose aussi moins de résistance que l'homme. A tout âge, un froid vif, subit, suivi de réaction, n'offre aucun danger; il n'en est pas de même lorsque la sensation du froid persiste, aussi doit-on redouter surtout le froid continu, subi lorsque le corps, plus ou moins échauffé, reste dans l'immobilité. La grande industrie des chemins de fer nous fournit à cet égard un exemple très-remarquable. M. le docteur Gallard a vu, en effet, que les employés qui voyagent sur les trains étaient inégalement frappés de phlegmasie pulmonaire. Contrairement à ce qu'on eût dû supposer, les mécaniciens et les chauffeurs, sans cesse debout sur la machine et en butte à toutes les intempéries de l'atmosphère, sont moins souvent atteints que les conducteurs et que les garde-freins qui, pendant la marche des trains, sont à l'abri les uns dans les fourgons des bagages, les autres sur un siége surmonté d'une sorte de guérite fermée des trois côtés les plus exposés aux vents (2). A quoi tient une pareille différence, si ce n'est que les premiers, bien que placés sur un étroit espace, sont forcés d'agir, de remuer sans cesse; tandis que les seconds restent, pendant la marche des trains, dans une immobilité d'autant plus fâcheuse qu'elle succède souvent à

(1) F. Edwards, *Influence des agents physiques*, p. 235, et H. Roger, *De la température chez les enfants* (*Archives de médecine*, année 1844).

(2) *Influence exercée par les chemins de fer sur l'hygiène publique*, lu à l'Académie des sciences le 26 mai 1862.

une certaine excitation lorsque, dans les temps d'arrêt, ces individus ont dû courir sur la ligne, et se livrer à des efforts pour charger et décharger les bagages. Ce qui confirme encore la vérité de cette explication, c'est la diminution qu'on a obtenue dans la proportion des malades qui de 108 pour 100 est descendue à 72 pour 100, depuis qu'on a autorisé ces employés de prendre dans les buffets, c'est-à-dire toutes les deux heures au moins, une tasse d'une boisson chaude (lait, café, bouillon) qui leur permet de mieux réagir contre le froid.

De toutes les manières dont le froid agit pour provoquer une pneumonie, la plus puissante sans contredit est lorsque l'atmosphère est agitée. Des expériences ont prouvé que le simple fait de l'agitation de l'air produit plus d'influence qu'un abaissement de température de 11 degrés dans une atmosphère calme (1). En effet, les courants d'air, en favorisant l'évaporation de la sueur qui baigne le corps, rendent le refroidissement plus facile et plus complet.

Toutes les fois que le froid a agi comme cause déterminante, son action a été prompte, et ses effets se sont bientôt fait sentir. C'est ainsi que sur 34 observations, dans lesquelles j'ai noté avec précision le temps qui s'était écoulé entre l'action de la cause et le début de la maladie, j'ai trouvé que chez 18 sujets les symptômes locaux de la pneumonie, ou tout au moins le malaise et les autres troubles prodromiques, s'étaient déclarés pendant l'impression même du froid ou quelques minutes après ; chez 11, l'effet nuisible du refroidissement ne s'est fait sentir qu'après une, deux ou trois heures ; enfin, chez 4 malades, il y a eu un intervalle de un à deux jours entre l'action de la cause et le début des premiers symptômes. Dans ce dernier cas, doit-on croire que le froid a agi réellement pour produire la maladie? Et si l'on répondait par l'affirmative, jusqu'à quelle époque faudrait-il admettre que se prolonge l'action de cette cause? C'est une question qu'il paraît difficile de résoudre. Cependant, si l'on réfléchit que, dans la majorité des cas, le froid, à l'instar des causes traumatiques, a une action presque instantanée ; que, dans la presque totalité des autres, les premiers phénomènes morbides suivent de près l'impression du froid, on sera tenté de croire qu'il n'a dû y avoir qu'une simple coïncidence, lorsqu'il se sera écoulé vingt-quatre heures, et, à plus forte raison, deux jours, entre l'action de la cause et le développement de la pneumonie. Il importe bien, dans ces cas, d'interroger les malades avec le plus

(1) Gavarret, *De la chaleur animale*. Paris, 1855, p. 506.

grand soin; il ne suffirait pas de leur demander d'une manière générale si, immédiatement après l'action du froid, ils se sont sentis malades ou indisposés; car beaucoup, n'ayant éprouvé que peu de malaise, pourraient bien répondre négativement; mais on devra passer en revue toutes les fonctions, et si l'on apprend que, peu après avoir reçu l'impression du froid, l'individu a éprouvé un malaise général, qu'il a perdu l'appétit ou les forces, on devrait, dans ces cas, reconnaître l'action délétère du froid, quand même les symptômes caractéristiques de la pneumonie ne surviendraient que plusieurs jours après. Si, au contraire, un malade nous dit qu'après avoir subi un refroidissement quelconque, il a été bien portant sous tous les rapports pendant un ou deux jours, il sera fort douteux qu'on puisse rattacher à cette cause la pneumonie qui surviendrait plus tard. Pour moi, je n'hésite pas alors à ne voir là qu'une simple coïncidence; mais comme le fait peut paraître incertain à quelques personnes, j'ai dû tenir compte des quatre observations dans lesquelles un intervalle d'un à deux jours a séparé l'action du froid et le début du premier malaise.

Dans les pneumonies qui reconnaissent pour cause l'action du froid, celui-ci ne peut être considéré que comme cause occasionnelle, c'est-à-dire que la maladie, préparée plus ou moins longtemps d'avance par une prédisposition intérieure, éclate à l'occasion d'un refroidissement auquel l'individu s'est exposé. La prédisposition est très-probablement ici la condition essentielle, indispensable, car la plupart des individus qui contractent une pneumonie après l'action du froid s'étaient exposés nombre de fois, quelques-uns même s'exposent tous les jours impunément à la même influence. Il faut donc admettre que le jour où le froid a déterminé une pneumonie chez l'individu qui l'avait bravé tant de fois, il y avait quelque circonstance qui n'existait pas antérieurement. Ajoutons que le froid n'a pas toujours les mêmes résultats; ses effets varient chez les divers individus, précisément en raison de la prédisposition de chacun d'eux. C'est ainsi que l'un contractera une angine, un autre un rhumatisme, un troisième une pneumonie, une bronchite ou un coryza, suivant qu'ils étaient prédisposés à l'une ou à l'autre de ces maladies avant l'action de la cause déterminante.

Quel est le mode d'action du froid lorsqu'il détermine une pneumonie? Nous avons dit qu'il produisait généralement cet effet chez des individus qui s'étaient exposés à son influence, le corps échauffé et baigné de sueur. Dans ce cas, le premier effet du froid est de supprimer la transpiration et peut-être de congestionner aussitôt les poumons; c'est un des résultats qu'on produit lorsque, à

l'exemple de Foucault (1) et de M. H. Bouley (2), on supprime l'évaporation cutanée chez les animaux, en recouvrant leur peau d'enduits imperméables; toutefois il y a plutôt ici stase, comme dans l'asphyxie, qu'une congestion active, de sorte que ces expériences ne sauraient nous renseigner encore sur la manière dont agit le froid pour la production des phlegmasies, et particulièrement des phlegmasies pulmonaires.

Dans l'acte du refroidissement, ce n'est pas, à proprement parler, le froid qui agit. Nous avons vu, en effet, que lorsque celui-ci est très-intense, mais en même temps constant, il ne prédisposait pas à la pneumonie et ne la provoquait point; ce fait est d'autant plus digne d'être mentionné que, depuis Lavoisier qui l'a établi le premier, on sait que la fonction respiratoire est d'autant plus active que la température extérieure est plus basse. Ce n'est donc pas l'activité fonctionnelle plus grande qui est cause que le poumon s'enflamme, mais ce sont les changements subits, intenses, qui sont imprimés nécessairement à la fonction lorsque le corps est soumis à un refroidissement brusque. M. Gavarret a dit avec juste raison (3) que les modifications de la respiration, pour maintenir constamment l'économie en harmonie avec les conditions diverses d'existence que lui font les changements de température extérieure, ne peuvent impunément s'accomplir subitement. Tout prouve, au contraire, qu'elles sont le résultat d'un travail intérieur, lent et progressif. C'est peu à peu, dit-il, et par voie de transitions successives, que l'organisme tout entier s'élève au degré d'activité fonctionnelle exigé par chaque climat ou par chaque saison rigoureuse, et qu'il en descend. Toute variation de la température ambiante retentit sur la respiration; si elle est graduelle, l'action comburante exercée par l'oxygène sur les matériaux du sang se modifie aussi peu à peu, et l'économie se prête sans accident à ce changement successif. C'est ce qui arrive dans le passage d'une saison à une autre. Mais si la transition est brusque, soudaine, comme lorsque le corps, échauffé ou en sueur, est soumis à l'action d'un froid intense, humide et prolongé, il faut, pour lutter contre cette cause puissante et imprévue de refroidissement, un effort proportionnellement énergique pour raviver la source intérieure de chaleur; or, comme c'est le poumon qui doit, en pareil cas, faire un suprême effort, on comprend aisément que son organisation puisse en subir une grave atteinte.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. VI, XII, et XVI.

(2) *Recueil de médecine vétérinaire*, 1850.

(3) *De la chaleur animale*, p. 422.

§ 4. — De quelques autres causes excitantes ou occasionnelles.

J'ai recherché avec beaucoup de soin l'influence qu'avaient pu exercer, dans la production des pneumonies, les diverses causes occasionnelles signalées par tous les auteurs, telles qu'une fatigue excessive des organes respiratoires, comme dans l'action de crier, de chanter ou de jouer des instruments à vent; les efforts, les fortes émotions morales, les excès alcooliques, etc. Voici ce que j'ai appris par l'interrogatoire de mes malades : dans aucun cas la pneumonie n'a été produite par l'exercice immodéré des organes de la voix; je n'en ai presque jamais observé d'exemple sur ces troubadours ambulants, si nombreux à Paris, qui toute la journée hurlent leurs chansons, ou jouent des instruments à vent les plus durs et les plus fatigants.

L'inflammation des poumons peut éclater à l'occasion d'une vive émotion morale de joie ou de frayeur; c'est ce que j'ai observé sur une femme qui, apprenant qu'elle avait été victime d'un vol, éprouva à l'instant même un saisissement violent, qui fut promptement suivi d'un frisson, d'un point de côté et de crachats rouillés

Enfin, chez plusieurs malades, la pneumonie s'est déclarée à l'occasion d'excès alcooliques; il était impossible chez eux de reconnaître d'autre cause occasionnelle, comme un refroidissement, par exemple, parce que ces individus avaient été placés dans des conditions telles que le froid n'avait pu agir sur eux. Chez tous, l'influence de la cause s'est fait rapidement sentir; chez deux, en effet, les symptômes de pneumonie se déclarèrent dans les premières heures qui suivirent l'ivresse; chez le troisième malade, il y eut un intervalle de quatre jours entre l'excès alcoolique et le début des phénomènes caractéristiques de l'affection. Cependant, en interrogeant le malade avec soin, on trouvait qu'immédiatement après l'excès de vin qu'il avait fait, il était resté faible, il avait perdu l'appétit, et présentait un ensemble de symptômes pouvant être regardés comme des prodromes de la pneumonie. Il est important, toutes les fois que l'individu a été affecté de pneumonie à l'occasion d'un excès alcoolique, de rechercher si aucune autre cause, et surtout un refroidissement, n'aurait pu agir concurremment. On conçoit, en effet, qu'un individu en état d'ivresse se refroidisse sans en avoir la conscience ou du moins sans en conserver le souvenir. On comprend aussi que dans la collapsus de l'ivresse, le froid impressionne d'autant plus vivement que la réaction de l'individu est devenue moins puissante.

On a prétendu que certains poisons introduits dans l'économie pouvaient exercer une action spéciale sur le poumon, et l'enflammer. On a surtout attribué cet effet au venin des serpents, spécialement à ceux du serpent à sonnettes (*Crotalus horridus*) et du bothrops lancéolé. On a dit que les individus mordus par ces reptiles succombaient fréquemment à des pneumonies. Mais il n'existe à cet égard aucun renseignements précis. C'est ce que M. Rufz a constaté récemment, après enquête faite (1), du moins pour ce qui concerne le bothrops si commun à l'île de la Martinique.

On a signalé plusieurs substances qui, prises à doses toxiques, seraient capables de phlogoser les poumons; on a cité en particulier l'opium et l'émétique, mais il n'y a rien de fondé dans ces accusations. A la suite des empoisonnements par les agents dont je parle, on trouve souvent les poumons congestionnés, ecchymosés, on peut même constater des noyaux apoplectiques en plus ou moins grand nombre; mais ces lésions sont distinctes de la pneumonie. Les anciens auteurs ont décrit des pneumonies qui seraient symptomatiques de la présence des vers, des saburres dans les voies digestives ou d'une altération particulière de la bile. Il serait oiseux aujourd'hui de combattre des opinions qui n'ont aucun fondement. On a parlé également de pneumonies qui auraient quelquefois succédé à la suppression d'une hémorrhagie constitutionnelle, spécialement du flux hémorrhoïdal ou des règles, ou encore à la suppression d'une suppuration ancienne. Sans en nier la possibilité, je dirai que je n'en connais aucune observation authentique, et, pour ma part, je n'ai jamais rien vu qui justifie cette opinion. Enfin, on a cité deux faits pour prouver que la suppression brusque de la sueur des pieds pourrait être suivie de pneumonie (2); mais ces deux observations ne sauraient être invoquées, attendu que le diagnostic de la maladie n'a pas été établi avec toute la précision désirable.

§ 5. — **Constitutions épidémiques.**

De temps en temps on voit les pneumonies apparaître en plus grand nombre, et se présenter avec tous les caractères d'une maladie épidémique. Les auteurs qui les ont décrites alors ont presque toujours essayé d'en expliquer le développement par quelque

(1) *Enquête sur le serpent de la Martinique*, p. 88. Paris, 1860.

(2) Thèse de M. Salonne, 1825, n° 16, p. 13. — Mémoire de M. Mondière, *Journal l'Expérience*, 1838, n° 51, p. 481.

condition atmosphérique. C'est ainsi qu'on a tour à tour invoqué l'action des vents du nord ou du nord-est, les variations barométriques, l'humidité, les alternatives de température, soit que ces causes aient immédiatement précédé l'invasion de l'épidémie, cas dans lequel on les considère comme *occasionnelles*, soit que s'étant déclarées plusieurs mois auparavant, elles n'aient fait, pour ainsi dire, que préparer l'économie à l'action de quelque autre cause, ordinairement occulte. On ne saurait certainement blâmer le désir que l'on a de connaître les circonstances qui président au développement des maladies populaires; mais il faut convenir aussi que, dans la plupart des cas, les auteurs, pour les expliquer, ont invoqué le concours de conditions extérieures tout à fait insuffisantes, puisque nous les voyons chaque année se reproduire une et même plusieurs fois, sans que cependant les phlegmasies pulmonaires se montrent d'une manière plus générale que de coutume. On ne peut, je crois, s'empêcher d'admettre que presque toutes les maladies épidémiques et que les pneumonies en particulier, pour la production et la propagation desquelles on invoque les changements atmosphériques, ne peuvent guère s'expliquer que par l'influence de quelque cause occulte insaisissable, dont les perturbations et les variations atmosphériques préparent ou favorisent l'action. Ce ne sont là que des suppositions, j'en conviens, pour lesquelles on ne peut invoquer l'observation directe des faits, mais que le raisonnement justifie. Laennec admettait, comme nous, que les pneumonies épidémiques dépendaient souvent de quelque cause générale répandue dans l'air. Ce grand médecin supposait qu'il pouvait y avoir dans l'atmosphère quelques miasmes, qui, en pénétrant dans l'économie, par l'absorption cutanée et pulmonaire, exerçaient ensuite une fâcheuse influence sur les poumons; car il avait reconnu avec tous les bons praticiens qu'on rencontre fréquemment des pneumonies auxquelles on ne saurait assigner aucune cause occasionnelle. C'est encore pour s'expliquer l'extrême fréquence des pneumonies qui surviennent dans certaines circonstances, que les anciens avaient attribué un caractère contagieux à cette affection; opinion qui, émise aussi par un ou deux médecins de ce siècle, est tout à fait insoutenable et en complète opposition avec les faits journellement observés.

§ 6. — **Résumé des causes.**

En résumé, la pneumonie est une maladie de tous les âges. Plus commune aux deux extrêmes de la vie, elle a son maximum de fré-

quence, chez l'adulte, dans la période de vingt à trente ans. Si l'homme en est beaucoup plus souvent atteint que la femme, cela dépend bien moins d'une action spéciale exercée par le sexe, que par des conditions hygiéniques différentes. Si l'influence des tempéraments et de la constitution dans la production de la pneumonie n'est pas encore suffisamment établie, les faits précédents ont démontré que la conformation vicieuse du thorax ne paraissait pas prédisposer à la maladie ; que celle-ci semblait être d'autant plus commune, que les individus étaient plus pauvres, qu'ils commettaient plus d'excès ou qu'ils se livraient à des travaux plus rudes. Des attaques antérieures en appellent de nouvelles, et dans les récidives la maladie a de la tendance à envahir le même poumon. Nous avons vu la péripneumonie sévir dans presque tous les pays du globe ; mais nous l'avons trouvée plus commune dans les régions septentrionales ou dans les climats tempérés, et c'est dans les pays équatoriaux qu'elle paraît avoir son minimum de fréquence. Si elle sévit surtout dans les lieux froids exposés à de grandes vicissitudes atmosphériques, nous avons vu également que la maladie pouvait exceptionnellement être fréquente dans des pays placés dans des conditions opposées. La pneumonie peut régner sporadiquement ou épidémiquement à toutes les époques de l'année ; mais on trouve qu'à Paris elle a en général son maximum de fréquence dans les mois d'avril et de mars. Quant aux causes occasionnelles, nous avons vu combien le poumon s'enflammait difficilement par l'action des violences extérieures ; ce n'est guère que sur un quart des sujets qu'on a pu constater l'action d'une cause occasionnelle, et chez presque tous ce fut un refroidissement du corps. Ainsi dans la grande majorité des cas, la pneumonie est survenue sans qu'on pût saisir l'action d'une cause excitante. Il faut admettre également que, lorsqu'une cause occasionnelle paraît avoir provoqué la maladie, elle n'a pu avoir cet effet qu'autant que l'individu était antérieurement prédisposé à en recevoir les atteintes, puisque cette cause avait déjà agi dans des circonstances en apparence semblables, sans avoir eu les mêmes résultats fâcheux. Enfin, c'est en vertu de cette disposition organique, préexistante, qu'on ne saurait nier, que l'on explique l'influence très-différente, que peut exercer une même cause occasionnelle, lorsqu'elle agit sur plusieurs sujets à la fois, ou bien sur le même individu, à des époques plus ou moins éloignées. Je crois donc que Chomel a eu parfaitement raison d'établir que les causes occasionnelles n'avaient qu'une *influence secondaire* dans la production de la pneumonie, et que cette affection, comme la plupart des autres maladies internes, se développe

sous l'influence d'une disposition intérieure dont l'essence nous échappe (1).

§ 7. — Rapport entre la cause occasionnelle et le siége.

Après avoir apprécié à sa juste valeur la part d'influence qui revient à la cause occasionnelle dans la production des pneumonies, je dois rechercher s'il y a quelque rapport entre l'action de la cause excitante et le siége même de la pneumonie. On conçoit aisément que ce rapport doit exister dans un certain nombre de cas. C'est ainsi que lorsque la maladie survient consécutivement à une contusion thoracique, à une plaie pénétrante de poitrine, c'est dans le point même du poumon, qui a été contus et déchiré, qu'on voit la phlegmasie débuter. On comprend aussi que, dans les cas, fort rares, où la pneumonie succède à l'inspiration de vapeurs irritantes, l'inflammation doit spécialement affecter les points où la substance toxique s'est portée en plus grande quantité; c'est ce qui explique peut-être pourquoi, chez les animaux que Bretonneau a exposés aux vapeurs de l'acide chlorhydrique, on a trouvé, à l'autopsie, des noyaux d'hépatisation lobulaire disséminée. Mais les causes occasionnelles qui agissent sur tout le poumon ou sur toute l'économie, comme l'influence du froid par exemple, ont-elles quelque influence sur le siége que la pneumonie occupe? M. Briquet a résolu cette question par l'affirmative (2). De ce que sur 13 pneumonies du sommet observées par ce médecin 4 fois seulement le refroidissement avait été senti, tandis que sur 50 pneumonies des autres parties de ce viscère il y avait eu 19 fois un refroidissement appréciable, l'auteur en conclut que, relativement à l'influence des causes occasionnelles, les pneumonies du sommet ne suivent pas la loi qui régit les autres phlegmasies pulmonaires, et il est porté à regarder ces inflammations comme ayant un mode de production particulier, lié à l'existence de tubercules pulmonaires. J'examinerai plus tard la valeur de cette dernière opinion; mais, relativement à l'influence que le refroidissement exerce sur le siége de la pneumonie, je dirai qu'elle me semble tout à fait nulle, M. Briquet a eu tort sans doute de tirer une conclusion un peu générale d'un trop petit nombre de faits. Mes observations, plus nombreuses que les siennes, devraient me faire admettre peut-être une proportion toute contraire. En effet, sur 60 pneumonies

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. PNEUMONIE.

(2) *Archives*, t. VII.

du sommet, dans lesquelles on a recherché avec soin si quelque cause occasionnelle avait agi, 43 fois il fut démontré que les malades n'avaient été soumis à aucun refroidissement appréciable, chez 15 l'action du froid avait été évidente ; enfin, 2 malades avaient été placés dans des conditions où un refroidissement pouvait, à la rigueur, avoir eu lieu; mais ils ne pouvaient affirmer que cette cause eût réellement agi. Ces faits ayant été comparés à des cas de pneumonie de la base, il en est résulté que chez les malades qui eurent une inflammation du sommet du poumon, il y en avait un plus grand nombre qui s'étaient refroidis que parmi ceux dont la maladie occupait le lobe inférieur. Je ne prétends tirer aucune conclusion de ces faits; je pense qu'il n'y a eu ici qu'une coïncidence toute fortuite, et que le refroidissement, qui, en définitive, est une cause fréquente de pneumonie, n'exerce aucune influence sur le siége spécial de la maladie dans le lobe supérieur ou dans le lobe inférieur.

ARTICLE III.

FRÉQUENCE DE LA PNEUMONIE DANS LE COURS DES MALADIES AIGUES ET CHRONIQUES. — INFLUENCE QUE CELLES-CI EXERCENT SUR SA PRODUCTION.

La pneumonie peut se développer dans le cours de toutes les maladies aiguës et chroniques.

Il est des états morbides dans lesquels la pneumonie survient si rarement, qu'on peut considérer la maladie primitive comme n'ayant eu aucune part dans sa production. Mais il est d'autres affections, au contraire, qui se compliquent si fréquemment d'inflammation pulmonaire, qu'il est impossible de nier l'influence que les premières ont exercée, soit comme causes prédisposantes, soit même comme causes excitantes de la maladie intercurrente.

On peut établir d'une manière générale que tout état morbide dans lequel existent un mouvement fébrile et un grand degré de faiblesse constitue une prédisposition puissante pour le développement des phlegmasies pulmonaires. C'est aux deux extrêmes de la vie, et plus spécialement encore dans l'enfance, qu'on rencontre cette tendance des poumons à se congestionner, puis à s'enflammer dans le cours de toutes les maladies aiguës et chroniques. Il y a néanmoins un certain nombre d'affections qui semblent prédisposer plus que d'autres aux pneumonies intercurrentes.

Chez les enfants à la mamelle, les inflammations pulmonaires

consécutives paraissent se déclarer surtout dans le cours de l'entérite avec muguet et chez ceux qui sont atteints d'endurcissement du tissu cellulaire. Chez les enfants plus âgés, c'est dans le croup, dans la gangrène de la bouche, dans la rougeole, dans la coqueluche et dans la variole que la complication dont je parle est la plus commune. Il résulte d'un relevé que j'ai fait, que sur 197 enfants atteints d'une des maladies que je viens d'énumérer, il y en eut au moins 90 qui furent affectés de pneumonie intercurrente, laquelle devint la cause principale de la mort. Sur ce nombre vraiment effrayant de phlegmasies pulmonaires, voici la part qui revient à chacune des maladies indiquées :

Croup : — pneumonie intercurrente chez les sept huitièmes.
Gangrène de la bouche : — pneumonie intercurrente chez les cinq sixièmes.
Entérite, rougeole, coqueluche : — pneumonie intercurrente chez le tiers.
Variole : — pneumonie intercurrente chez le quart.

La plupart de ceux qui ont suivi les hôpitaux d'enfants s'accordent à regarder la rougeole, qu'elle règne sporadiquement ou bien épidémiquement, comme étant une des causes les plus fréquentes des pneumonies secondaires chez les sujets âgés de deux à quinze ans. On a dit que ce fait n'était point applicable aux nouveau-nés, et généralement aux enfants âgés de moins de deux ans. On a prétendu notamment que lorsque ceux-ci succombaient dans le cours d'une rougeole, ils présentaient plus rarement des lésions du côté des poumons que cela n'a lieu dans les âges suivants; avouons ici que ce fait n'est pas encore établi sur des preuves suffisantes.

La pneumonie rubéoleuse ne se déclare pas toujours à la même époque. Sur 44 cas de pneumonies consécutives à la rougeole que j'ai réunis, 29 fois la mort eut lieu dans le premier septénaire. La pneumonie s'était déclarée bien rarement pendant les prodromes; le plus souvent, c'était pendant que l'éruption se faisait ou bien lorsqu'elle était devenue complète. Chez 8 sujets, la terminaison fatale est arrivée du huitième au quinzième jour, et, quoiqu'il soit difficile, dans la plupart de ces cas, de préciser le début de la pneumonie, il m'a paru que, chez le plus grand nombre, elle n'a commencé qu'à la période dite de desquamation ou peu de jours après. Enfin, chez les 7 malades qui restent, la rougeole a suivi une marche régulière; mais, arrivés à la convalescence, les enfants ont continué à tousser, l'affection catarrhale a persisté pendant un ou plusieurs mois, et c'est après ce long intervalle qu'ils furent emportés par une pneumonie intercurrente.

Chez les adultes, ou du moins après seize ans, la rougeole s'accom-

pagne beaucoup plus rarement de pneumonie. Je n'ai guère observé cette complication que sur un vingtième des sujets. Cependant les résultats ne sont pas toujours les mêmes, ils changent suivant les constitutions épidémiques. C'est ainsi, par exemple, que, dans une petite épidémie de rougeole observée en 1832 à l'hospice de la Salpêtrière, sur 15 rubéoleux, il y en eut 7 qui furent atteints de pneumonies (1).

La variole, à quelque âge qu'on l'observe, se complique beaucoup plus rarement de pneumonie que la maladie précédente. Mais, de toutes les fièvres éruptives, la scarlatine est celle dans le cours de laquelle on voit le moins souvent survenir une phlegmasie des poumons. Pour ma part, je n'en ai jamais, je crois, observé d'exemple. Cette rareté de la pneumonie dans le cours des scarlatines existe aussi lorsque cette maladie règne épidémiquement, c'est-à-dire dans les cas même où tout peut devenir insolite. Ainsi, M. Senn (2) ne cite qu'un seul exemple de pneumonie intercurrente pendant toute la durée de l'épidémie qui sévit en 1825 à l'hospice de la Maternité. Bretonneau (3) paraît n'en avoir observé non plus aucun cas pendant l'épidémie qui, de 1824 à 1828, régna dans le département d'Indre-et-Loire. Pendant celle de Bridlington, qui a été décrite par Humphry Sandwith (4), une inflammation grave et rapidement mortelle semblait bien exister sur un grand nombre des malades; mais l'examen cadavérique prouva qu'il n'y avait eu alors qu'une congestion simple, qu'un engouement pulmonaire non inflammatoire. Toutefois, dans l'épidémie d'Édimbourg de 1832, le docteur Hamilton (5), qui l'a décrite avec beaucoup de soin, dit que, chez tous les malades qui succombèrent, à une seule exception près, on constata que la phlegmasie de la gorge s'était propagée aux voies aériennes, et qu'il existait tantôt une pneumonie, tantôt une bronchite. La phlegmasie du parenchyme pulmonaire n'avait jamais dépassé le premier ou le second degré, tant la marche de la maladie avait été rapide et la mort prompte.

Mais si la pneumonie est une complication des plus rares de la scarlatine, elle survient, par contre, comme un des accidents les plus communs et les plus redoutables dans l'anasarque qui se déclare si fréquemment pendant la période de desquamation. Dès

(1) *Gazette médicale*, 1833, p. 117.

(2) *Thèses* de 1825, n° 155, p. 38.

(3) *Journal des connaissances méd.-chirurg.*, 1re année, p. 267.

(4) *Edinb. Journal*, octobre 1833.

(5) *The Edinb. med. and. surg. Journ.*, vol. XXXIX.

l'année 1717, les médecins florentins, et Borsieri surtout, avaient remarqué que plusieurs des personnes qui avaient succombé à cette hydropisie présentaient à l'autopsie des traces de pneumonie et de pleurésie, etc. Le docteur Hamilton observa les mêmes altérations sur un grand nombre de cadavres. Enfin M. Rayer (1) paraît avoir lui-même confirmé cesrésultats, car il dit que dans presque toutes les formes de la maladie de Bright, suite de scarlatine, on remarque des symptômes pulmonaires, et à l'autopsie on constate quelque inflammation des bronches, des poumons ou des plèvres, etc.

Ce que j'ai dit de la scarlatine s'applique à la suette, dans le cours de laquelle la pneumonie est rare. Les accidents thoraciques qui ont été parfois observés se rattachent bien moins à des phlegmasies du parenchyme qu'à des congestions, et l'on peut trouver à l'autopsie les lésions complexes que nous avons décrites en traitant de la broncho-pneumonie. Il n'y a donc rien qui soit ici spécial à la suette, rien par conséquent qui autorise à faire de cette rare complication une forme particulière de la maladie, comme on l'a proposé dans ces derniers temps (2).

J'ai signalé le croup comme se compliquant de pneumonie dans une proportion considérable. M. Peter a prouvé (3) que la phlegmasie pulmonaire se développait promptement ; on la rencontre parfois dès le troisième jour ; mais c'est surtout du troisième au sixième qu'on l'observe.

La coqueluche est une affection qui favorise à un degré moindre que le croup le développement de la pneumonie ; cependant celle-ci est encore une des complications les plus communes de cette névrose ; rare au début de l'affection, elle se montre particulièrement pendant la période d'état.

Il est des affections sinon spéciales aux adultes, du moins plus fréquentes à cet âge, et dans le cours desquelles on voit également survenir un grand nombre de pneumonies. En tête de ces maladies, il faut placer la morve aiguë et la phlébite.

L'inflammation des poumons est peut-être la lésion secondaire la plus constante de la morve. C'est ainsi que, sur au moins vingt individus qui ont succombé à cette redoutable maladie, il y en a à peine trois chez lesquels les poumons aient été épargnés ; il est même probable que dans ces cas les recherches auront été

(1) *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire.* Paris, 1839, t. I, p. 450.

(2) Daudé, *Étude sur les pneumonies suettiques*, in-8. Paris, 1862.

(3) *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1863, p. 686.

faites incomplétement, puisque dans tous les faits qui ont été recueillis en France depuis quelques années on a vu constamment une pneumonie survenir; sauf quelques rares exceptions, elle s'est présentée avec les caractères anatomiques propres aux pneumonies des résorptions purulentes.

La phlébite est avec la morve la maladie aiguë qui s'accompagne le plus souvent d'inflammation pulmonaire. Sur 23 observations de phlébite traumatique que j'ai recueillies, ou qui m'ont été communiquées par le docteur Charcellay, aujourd'hui professeur à l'école de Tours, j'ai trouvé une pneumonie chez seize, et dans les trois quarts des cas, celle-ci se présentait avec les caractères anatomiques décrits plus haut en parlant des abcès métastatiques.

Ces pneumonies peuvent survenir à l'occasion de toute espèce de solution de continuité quelque légère qu'elle soit; elles sont plus fréquentes après les amputations des membres inférieurs qu'après celles des membres supérieurs; ce qui dépend probablement de la plus grande étendue des surfaces suppurantes dans le premier cas, et du nombre plus considérable de veines qu'on est obligé de diviser. Enfin, les os des membres inférieurs étant eux-mêmes plus volumineux, leur section se faisant le plus souvent, pour la jambe du moins, dans la portion la plus vasculaire ou à son voisinage, il en résulte fréquemment des phlébites capillaires, bornées au lacis veineux qui existe dans les os, surtout dans leur portion aréolaire; altération qui avait fixé mon attention dès l'année 1831, et qui est fréquemment le point de départ des lésions viscérales si nombreuses qu'on observe chez ceux qui meurent à la suite des résorptions purulentes. Ce que je viens de dire de la fréquence des phlébites osseuses expliquera pourquoi j'ai observé des pneumonies métastatiques deux fois plus fréquemment après les plaies de tête, avec dénudation des os, qu'à la suite des amputations faites dans la continuité des membres supérieurs. Si l'on réfléchit, en effet, à la grande vascularité du diploé, au lacis veineux et aux sinus qui le traversent, on comprendra pourquoi les plaies de tête sont suivies si fréquemment des accidents de résorption et de pneumonies consécutives.

Si Tonnellé, dans un excellent compte rendu de la clinique de la Maternité, a trouvé une inflammation pulmonaire chez un douzième des femmes qui ont succombé à la fièvre puerpérale (1), je crois pourtant que ce n'est pas une raison pour regarder cette maladie comme une cause active de pneumonie. Il importe en effet de dire ici que sous le nom de *fièvre puerpérale*, les anciens

(1) *Archives*, t. XXII, p. 487.

comme les modernes ont décrit des maladies dont le siége anatomique *primitif* diffère beaucoup ; ce qui modifie également la fréquence et la forme des lésions secondaires. Dans le cas où il n'existe qu'une métro-péritonite simple, avec ou sans lymphangite, une pleurésie se remarque sur un quart des cadavres; mais la pneumonie est un accident tellement rare alors, que sur cinquante-deux autopsies que j'ai faites, j'ai toujours trouvé les poumons exempts de tout travail inflammatoire. Il n'en est plus de même lorsqu'il existe une phlébite utérine; car la pneumonie survient alors aussi fréquemment que dans toutes les autres inflammations veineuses.

Après les maladies aiguës que je viens de nommer, celle qui s'accompagne le plus souvent de pneumonie, est sans contredit la *fièvre typhoïde*, pendant laquelle j'ai constaté des symptômes d'inflammation pulmonaire sur un septième des malades. M. Louis a observé cette complication dans un sixième des cas. Cette proportion est à peu près celle qu'on trouve aussi chez les enfants.

L'érysipèle, quel que soit son siége, peut certainement se compliquer de pneumonie dans son cours; toutefois cette coïncidence est rare. La phlegmasie pulmonaire éclate presque toujours d'une manière toute fortuite, et par les causes ordinaires qui en provoquent l'explosion dans la plupart des autres maladies pyrétiques. Mais on a dit, en outre, que la pneumonie pouvait naître par l'extension de proche en proche de la phlegmasie du cuir chevelu et de la face à la muqueuse buccale, puis à celles du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches : M. le docteur Labbé a cité, dans son excellente thèse, un fait pouvant jusqu'à un certain point établir la possibilité de cette extension de la phlegmasie (1).

La pneumonie survient non moins fréquemment dans le cours de plusieurs maladies chroniques. On a surtout signalé les tubercules pulmonaires comme une cause très-active d'inflammation, en agissant sur le tissu de l'organe à la manière des corps étrangers. Mais cette question est difficile, et peut-être même impossible à résoudre dans l'état actuel de la science. Nous ne connaissons pas en effet le degré de fréquence de la pneumonie chez les sujets tuberculeux pendant les deux premières périodes de la maladie, car l'inflammation pulmonaire, si elle est circonscrite, et c'est le cas le plus commun, passe souvent inaperçue du malade et du médecin lui-même. En ne tenant compte que des pneumonies qui surviennent à une période avancée de la phthisie, on voit que cette complication est extrêmement commune, puisque M. Louis l'a ren-

(1) *Thèses* de *Paris*, 1858, p. 57.

contrée sur le quart des cadavres qu'il a ouverts (1). C'est la proportion qu'on trouve aussi dans la plupart des autres maladies chroniques.

La pneumonie est plus fréquente encore lorsque la tuberculisation pulmonaire suit une marche rapide. C'est ainsi que, sur 13 phthisies aiguës observées par M. Louis, 9 fois on trouva les poumons hépatisés dans une étendue en général considérable (2).

Les affections organiques du cœur me semblent pouvoir être placées sur la même ligne que la phthisie pulmonaire. Sur 65 observations de maladies du cœur analysées par moi, j'ai trouvé sur 18, c'est-à-dire sur plus du quart, une pneumonie survenue comme lésion ultime. Ce résultat est conforme à ceux qu'ont indiqués Clendinning, et plus récemment Chambers (3), d'après des faits beaucoup plus nombreux que ceux que je possède.

Un grand nombre de diabétiques succombent par des complications pulmonaires. Les tubercules sont peut-être de toutes les plus communes; mais la pleurésie, et plus encore la pneumonie, se rencontrent non moins fréquemment; ces phlegmasies présentent chez ces malades une gravité exceptionnelle. Il en est de même de la maladie de Bright; M. Rayer a vu cette complication dans un douzième des cas (4); pour ma part, je l'ai trouvée sensiblement plus commune.

Les affections cancéreuses des viscères, les maladies organiques du foie, spécialement la cirrhose, m'ont paru avoir une influence à peu près égale dans la production des pneumonies consécutives, puisqu'il résulte de mes observations et de celles publiées par les auteurs, qu'on verrait survenir une inflammation des poumons sur le sixième ou le septième des individus atteints des affections que je viens de nommer (5).

Il en est de même des affections cérébrales, surtout à forme apoplectique, qui, chez les vieillards spécialement, se terminent fréquemment par des pneumonies à marche rapide.

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2e édition, p. 41 et 452.

(2) *Gazette médicale*, 1838, p. 603. — Sur 145 autopsies de maladies du cœur, Clendinning a trouvé une phlegmasie pulmonaire chez 36 ou chez 1 1/4.

(3) *Med.-chirurg. Review*, octobre 1853. — Sur 505 cas de maladies du cœur, on a trouvé 96 fois une hépatisation, environ 1 sur 5.

(4) *Maladies des reins*, t. II, p. 291.

(5) Voyez Becquerel, *Mémoire sur la cirrhose* (*Archives*, 3e série, t. VIII, p. 49). — *Malad. de Bright*. Voyez Rayer, *Malad. des reins*, t. II, p. 291. — *Archives*, t. VI, 2e série, p. 369. — Ouvrage de Christison. — Bright, *Reports of medical cases*. London, 1827, in-4.

Georget (1) avait prétendu que les phlegmasies aiguës des organes thoraciques étaient assez rares chez les aliénés. Cette assertion est peut-être exacte pour les maniaques, mais elle cesse d'être vraie s'il s'agit des déments paralytiques. Bayle (2) a vu qu'un dixième de ces aliénés succombaient à une pneumonie intercurrente. M. Calmeil (3), dans ses recherches sur les maladies incidentes de la folie, a annoncé que, de toutes les phlegmasies des organes parenchymateux, celles des poumons étaient les plus fréquentes. Cet éminent observateur a vu, en effet, que, sur 100 insensés pris au hasard dans un établissement public, on peut affirmer qu'on trouve les divers degrés d'hépatisation sur un cinquième d'entre eux, proportion qui est à peu près celle que donne le docteur Bouchet dans ses recherches statistiques sur l'hôpital de Nantes (4). Les mêmes faits ont été observés ailleurs; c'est ainsi qu'à l'asile de Bethléem, M. Lawrence a trouvé les poumons hépatisés chez un tiers environ des sujets (5). Aubanel, à Marseille, et M. Thore, à Bicêtre, ont rencontré la pneumonie intercurrente chez un septième des aliénés (6).

Il résulte de ce qui précède, que la pneumonie est une des maladies incidentes les plus fréquentes dans la folie; il est d'autant plus important de connaître ces faits, que l'inflammation est chez eux presque toujours latente, car les individus dont je parle, absorbés par leur délire, se plaignent rarement, aussi est-il du devoir du médecin d'explorer fréquemment chez eux les organes thoraciques qui sont si prompts à s'enflammer.

Ce n'est pas seulement dans nos salles de médecine que sévit la pneumonie secondaire, on la voit aussi survenir fréquemment dans le cours de la plupart des affections chirurgicales, surtout après les vastes brûlures (Dupuytren), après les fractures compliquées (Ch. Bell), après les plaies, les opérations graves, et cela indépendamment de la phlébite. Il résulte d'un relevé publié par le docteur Erichsen, que, sur 41 cas de mort survenus dans le cours d'affections chirurgicales, vingt-trois fois on constata une pneumonie soit au premier, soit au deuxième degré (7). Il est possible pourtant

(1) *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, t. XIII, p. 294.

(2) *Traité des maladies du cerveau*. Paris, 1826, p. 488.

(3) *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, t. II, p. 196.

(4) *Annales d'hyg. et de méd. lég.*, t. XXIII, p. 371.

(5) *Annales méd.-psycholog.*, mai 1844.

(6) *Études sur les maladies incidentes des aliénés*, 1847, p. 66.

(7) *London medical Gazette*, février 1841, et *Archives de médecine*, 3e série, t. XIII, p. 210.

que la phlegmasie du parenchyme pulmonaire ne soit pas aussi commune dans ces cas que ces chiffres paraîtraient l'indiquer, rien ne prouve, en effet, qu'on n'ait pas pris quelquefois pour le premier degré de la pneumonie la simple congestion passive.

En résumé, nous voyons que la pneumonie est un des accidents les plus redoutables et les plus fréquents qu'on puisse observer dans le cours des principales maladies aiguës et chroniques, tant médicales que chirurgicales. Cette complication du côté des organes respiratoires se remarque surtout dans les affections les plus graves, et lorsque celles-ci sont déjà parvenues à une période plus ou moins avancée. Est-il possible d'en expliquer le développement par une influence spéciale dépendant du siége anatomique de la maladie première? ou bien pouvons-nous saisir, pour toutes les maladies que nous avons passées en revue, une ou plusieurs circonstances communes auxquelles il faudrait attribuer la plus grande part dans le développement des pneumonies secondaires? Il est incontestable que dans quelques cas rares la nature et le siége de la maladie primitive rendent compte pourquoi une pneumonie est survenue comme complication plutôt que toute autre altération.

C'est ainsi qu'on s'explique très-bien, par exemple, par le siége de la maladie préexistante le développement d'une pneumonie lobulaire chez les enfants affectés de bronchite capillaire. C'est peut-être encore par une action directe qu'on peut expliquer l'envahissement de la pneumonie dans le croup et surtout dans la coqueluche; car pour celle-ci la complication survient spécialement dans la période spasmodique, lorsque les quintes étant le plus rapprochées et le plus intenses, entretiennent peut-être dans les poumons un état presque permanent de congestion. Si de toutes les maladies cutanées fébriles la rougeole est celle qui se complique le plus souvent de pneumonie, il faudra peut-être aussi se l'expliquer par une action spéciale que le virus morbilleux exerce sur les voies aériennes. Il est en effet fort rare de voir une rougeole qui ne s'accompagne pas de catarrhe pulmonaire. Or, comme nous le dirons bientôt, par le seul fait de la bronchite, l'individu est déjà plus prédisposé qu'un autre à la pneumonie. On se rend compte encore facilement pourquoi, dans quelques cas *fort rares* d'ailleurs d'apoplexie pulmonaire, et alors seulement que le poumon a été déchiré dans une certaine étendue, il se développe dans les points correspondants à l'épanchement une pneumonie qu'on pourrait appeler traumatique. Toutefois disons encore combien la pneumonie consécutive est rare dans ces cas : sur 17 cadavres qui ont présenté un grand nombre de noyaux apoplectiques, je ne trouvai

qu'une seule fois une inflammation dans les points correspondants du poumon qui était déchiré dans la plus grande partie d'un de ses lobes. C'est encore par une action toute locale qu'on a prétendu expliquer la fréquence de la pneumonie dans le cours de la phthisie pulmonaire ; on a pensé que les tubercules agissaient alors à la manière de corps étrangers. Je suis loin de contester absolument ce mécanisme, mais je pense que ce n'est point de cette manière qu'on peut se rendre compte du développement de la pneumonie ultime. Il résulte en effet des recherches de M. Louis, qu'il n'y a le plus souvent aucun rapport entre la gravité, le siége des lésions pulmonaires et la pneumonie consécutive. Ainsi, sur 18 individus qui ont présenté une hépatisation, 4 seulement avaient de vastes cavernes, tandis que les autres ne présentaient que des granulations ou des tubercules incomplétement ramollis; enfin, dans la plupart des cas, la pneumonie, à l'inverse des tubercules, occupait le lobe inférieur. Ces faits font donc présumer que les tubercules agissent autrement que par une action mécanique dans la production des pneumonies. Cependant je dois dire que les tubercules me semblent être une cause active de pneumonie dans beaucoup de phthisies aiguës, lorsque, par exemple, le parenchyme pulmonaire est envahi brusquement, et sur une grande étendue, par une multitude de granulations miliaires; c'est ce que j'ai précédemment établi.

On pourrait croire à priori que la pneumonie doit être un accident commun dans le cours de la pleurésie soit aiguë, soit chronique : il n'en est rien. Il est reconnu d'ailleurs que les phlegmasies membraneuses se propagent moins aisément qu'on ne l'a dit aux tissus subjacents; et puis, il n'y a rien d'impossible que les conditions nouvelles dans lesquelles le poumon se trouve, que la compression qu'il subit, le rendent moins susceptible de s'enflammer consécutivement.

Dans la plupart des cas, le développement des pneumonies secondaires ne peut s'expliquer par une action directe exercée par la maladie primitive, mais il faut reconnaître plutôt alors un autre mode d'influence. Il y a dans les maladies aiguës et chroniques deux conditions communes à toutes, qui existent le plus souvent ensemble, d'autres fois isolément; ce sont le *mouvement fébrile* et la *faiblesse :* ces deux circonstances me semblent jouer le principal rôle dans la production des pneumonies secondaires. Si l'on se rapporte à ce que j'ai dit précédemment, on verra en effet les inflammations du poumon acquérir leur maximum de fréquence dans les maladies où les deux conditions dont je parle existent réunies. C'est

ce qui explique pourquoi les pneumonies secondaires sont si fréquentes dans la fièvre typhoïde et dans la phthisie. En général, c'est lorsque l'appareil fébrile dure déjà depuis longtemps, et que les forces sont le plus prostrées, qu'on voit survenir la plupart des phlegmasies pulmonaires : ainsi chez les tuberculeux, le plus grand nombre des pneumonies se déclare à la fin de la troisième période ; dans la fièvre typhoïde, c'est communément entre le deuxième et le troisième septénaire de la maladie, et plus souvent dans la forme adynamique que dans aucune autre.

Si l'on recherche quel est de l'état fébrile ou de la faiblesse celle de ces deux causes qui a la plus grande part dans la production des pneumonies secondaires, je dirai que c'est la seconde. Dans les maladies, en effet, où il existe un appareil fébrile violent sans que la prostration soit forte, on voit rarement des pneumonies secondaires survenir ; je citerai notamment l'érysipèle de la face et le rhumatisme articulaire. Dans les maladies apyrétiques, par contre, qui s'accompagnent d'une grande prostration, comme dans certaines lésions organiques du foie, du cœur et des autres viscères, dans les paralysies générales qui compliquent la démence, etc., nous voyons les pneumonies survenir en très-grand nombre ; il en est de même dans les maladies septiques, dans les affections gangréneuses, dans lesquelles la prostration, l'anéantissement des forces est un des symptômes prédominants ; telle est, par exemple, la stomatite gangréneuse des enfants.

L'influence qu'exerce la faiblesse dans la production des pneumonies secondaires est encore prouvée quand on considère la fréquence de la pneumonie aux différents âges. J'ai dit déjà combien souvent la pneumonie compliquait toutes les maladies de l'enfance ; on verra aussi que la proportion des phlegmasies pulmonaires va en augmentant à mesure qu'on avance davantage dans la vie. C'est ainsi que les pneumonies secondaires ont leur maximum de fréquence aux deux extrêmes de l'existence de l'homme, c'est-à-dire aux deux époques où l'organisme réagit le moins contre les agents de destruction, et où la plupart des maladies, pour peu qu'elles se prolongent, s'accompagnent d'une grande prostration. Toutes les causes débilitantes chez l'enfant et chez le vieillard deviennent des causes actives de pneumonie. Dans les hôpitaux d'enfants on voit succomber à cette affection un grand nombre d'individus qui ne sont atteints d'aucune maladie déterminée, mais dont la constitution a été affaiblie, dont les forces se sont prostrées par suite d'un séjour prolongé dans des salles encombrées. La même remarque peut être faite pour les vieillards. Lors-

que, il y a plus de trente ans, j'étais attaché, en qualité d'interne, dans des salles de chirurgie, à l'hospice de la Salpêtrière et à l'Hôtel-Dieu, j'avais été surpris du grand nombre de vieillards qui étaient emportés par des inflammations pulmonaires intercurrentes qui le plus souvent étaient latentes. Je remarquais cette complication surtout dans les cas de fracture des membres inférieurs exigeant le repos au lit dans une position qui variait peu, et nécessitant un séjour continu de plusieurs mois dans des salles d'hôpital, circonstances qui débilitent rapidement, surtout aux deux extrêmes de la vie. On ne saurait donc trop engager les chirurgiens à surveiller l'état de la poitrine chez tous les vieillards qu'ils traitent, car c'est de ce côté que le péril arrive le plus souvent et tout à fait inopinément.

Broussais, ayant observé un certain nombre de pneumonies dans le cours des fièvres intermittentes, avait expliqué leur production par une action spéciale qu'exerçait le mouvement fébrile. Ce célèbre médecin prétendait (1) que le frisson qui marque le début des accès pouvait être la cause déterminante d'une phlegmasie, qui tantôt restait bornée à la muqueuse bronchique, mais qui pouvait aussi gagner le parenchyme pulmonaire lui-même. Suivant l'auteur du *Traité des phlegmasies chroniques*, le frisson fébrile agirait en supprimant les évacuations cutanées et en déterminant vers les viscères, et surtout du côté des poumons, une congestion plus ou moins intense, suivie bientôt d'inflammation. Broussais prétendait en outre (2) que l'hépatisation, que l'induration des poumons était un accident très-fréquent chez les individus qui, ayant éprouvé pendant longtemps des accès de fièvre intermittente, restaient ensuite jaunes, faibles, languissants et infiltrés. Cette sorte de cachexie était regardée par Broussais comme dépendant le plus communément de quelque phlegmasie des poumons ou des voies digestives (3). En lisant attentivement les observations particulières rapportées par l'auteur, on ne voit pas que le frisson initial des accès fébriles ait eu sur la production des pneumonies l'influence qu'il lui attribue. Car, comme il l'observe lui-même (4), les malades qui succombaient avec une induration pulmonaire, n'éprouvaient plus de fièvre depuis un certain temps, c'est-à-dire depuis quinze jours ou un mois. Il est vrai que Broussais, considé-

(1) *Histoire des phleg. chron.*, 4e édition. Paris, 1829, t. I, p. 131.
(2) *Ibid.*, t. I, p. 125.
(3) *Ibid.*, t. I, p. 126.
(4) *Loc. cit.*, p. 138.

rant cette induration du poumon comme le résultat d'une phlegmasie chronique, en faisait remonter le début à une époque déjà éloignée; mais rien encore ne justifie une pareille opinion. Il faut regarder plutôt les hépatisations du poumon que Broussais a rencontrées chez les sujets dont je parle, comme caractérisant une inflammation récente, identique avec celles que nous avons vues déjà survenir en grand nombre dans le cours de la plupart des maladies aiguës et chroniques. C'est encore par la débilité que s'explique le développement des pneumonies secondaires chez les individus qui, après avoir été longtemps tourmentés par des fièvres d'accès, gardent le teint jaunâtre, ont les membres infiltrés, le sang appauvri, toutes les fonctions enfin dans un état de langueur extrême. Je suis porté à croire cependant que les phlegmasies pulmonaires sont loin d'être aussi fréquentes dans ce cas que Broussais l'a prétendu. Si, en effet, on consulte le tableau que M. Maillot (1) a publié sur les lésions viscérales qu'on rencontre dans le cours des fièvres intermittentes, on voit que, sur 1680 individus qui ont présenté des altérations diverses du côté des organes intérieurs, il n'y en a que deux qui aient été affectés de pleuro-pneumonie. Les auteurs, même parmi les modernes, ne signalent guère la pneumonie comme étant une maladie commune, soit comme complication, soit comme lésion ultime des fièvres intermittentes prolongées.

Pour terminer ce qui se rapporte au mode de génération des pneumonies secondaires, je dirai que, dans les affections mobiles, on peut voir les pneumonies se déclarer par suite d'un véritable transport de la cause morbide. C'est ce qu'on observe spécialement dans quelques pneumonies qui surviennent dans le cours des attaques de rhumatisme ou de goutte. Les anciens médecins avaient beaucoup exagéré cette influence. Frappés de l'extrême mobilité de ces affections, ils avaient coutume de leur attribuer la plupart des phlegmasies viscérales qu'ils observaient chez les goutteux et chez les rhumatisants. Barthez (2) surtout prétendait que, de toutes les inflammations rhumatiques des viscères, la pneumonie était la plus commune. Ces médecins admettaient l'influence rhumatismale ou goutteuse, non-seulement lorsqu'ils voyaient la pneumonie succéder à une brusque disparition des douleurs articulaires, mais ils supposaient l'action de la même cause chez des sujets qui

(1) *Traité des fièvres ou irrit. cérébro-spin. interm.* Paris, 1836, p. 414.

(2) *Maladies goutteuses.* Paris, 1819, t. II, p. 128, et Guilbert, *Traité de la goutte*, p. 59.

avaient eu antérieurement un ou plusieurs accès de goutte. La pneumonie semblait même, d'après quelques auteurs, pouvoir être supplémentaire de la goutte. Une observation plus attentive a dû faire modifier une opinion qui a régné longtemps dans les écoles. Nul doute que les anciens n'aient exagéré la fréquence des métastases rhumatismales vers les poumons; il est très-probable qu'ils prenaient pour des pneumonies de simples pleurodynies ou des pleurésies qu'il n'est pas rare, en effet, d'observer concurremment avec les douleurs articulaires.

L'observation journalière démontre, en effet, que les phlegmasies des poumons sont, à Paris et généralement partout, une des complications les plus rares du rhumatisme articulaire aigu. Pour ma part, je n'en ai rencontré que quelques exemples isolés ; M. Bouillaud, Chomel et Requin n'en parlent même point dans leurs savantes monographies.

Dans les cas où une pneumonie se déclare dans le cours d'un rhumatisme articulaire, elle constitue, tantôt un accident qui est presque indépendant de l'affection première ; d'autres fois, au contraire, celle-ci doit être considérée comme la cause déterminante de la maladie qui vient la compliquer. Dans ce dernier cas, l'invasion de la pneumonie coïncide avec la diminution ou même avec la cessation subite des douleurs articulaires. Les anciens disaient qu'il y avait alors *métastase*, ou transport de la cause rhumatismale des jointures sur les poumons. Quelques faits recueillis par les médecins modernes viennent confirmer cette manière de voir. M. le professeur Andral a rapporté (1) l'observation intéressante d'un homme de vingt-cinq ans, affecté d'un rhumatisme articulaire aigu fébrile, chez lequel les douleurs dont les jointures étaient le siége, disparurent tout à coup et en même temps qu'une oppression considérable survint; bientôt le malade éprouva une toux rare et sèche d'abord, mais qui, vers le troisième jour, s'accompagna d'une expectoration de crachats rouillés et caractéristiques d'une pneumonie, que l'auscultation permit de localiser dans la fosse sous-épineuse droite. Un fait à peu près semblable a été observé à l'hôpital de la Charité par Dalmas. Un homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, arrivé au troisième jour, fut frappé brusquement de pneumonie double avec prédominance de pleurésie après la cessation subite des douleurs articulaires. J'ai observé moi-même une jeune fille de dix-sept ans, d'une constitution chétive, qui, dans le cours d'un rhumatisme fébrile occupant les poignets, les genoux,

(1) *Clinique médicale*, obs. 61, t. III, p. 436.

les pieds et les muscles des lombes, vit, au dixième jour de la maladie, la douleur qui occupait cette dernière région cesser tout d'un coup pendant la nuit; et, à l'instant même, survint un violent point de côté au niveau du mamelon gauche; l'oppression devint extrême, et, dès ma première visite, je constatai l'existence d'une pleuro-pneumonie. Je m'assurai que les douleurs des articulations, non-seulement n'avaient pas cessé, mais que, dans plusieurs d'entre elles, elles avaient acquis plus d'intensité; que, par conséquent, dans ce cas, la métastase n'avait eu lieu qu'aux dépens de la cause rhumatismale, qui avait primitivement envahi les muscles des régions lombaires. Enfin, deux fois de suite, à quelques années de distance, j'ai vu, avec M. Louis, chez une dame, les poumons s'enflammer dans le cours d'un rhumatisme articulaire, et la pneumonie se résoudre, puis reparaître pour cesser encore, et cela huit ou dix fois de suite, suivant ainsi la même marche, ayant la même durée que l'affection articulaire elle-même.

En résumé, les maladies aiguës et chroniques que nous venons de passer en revue, agissent dans la production des pneumonies secondaires, tantôt par continuité ou contiguïté de tissu, comme lorsqu'une inflammation des bronches se propage au parenchyme des poumons, ou bien, lorsque des tubercules éclos tout d'un coup en grand nombre, ou du sang épanché sur une grande surface, irritent et enflamment les parties qui les entourent; tantôt c'est une maladie qui se déplace et qui se porte d'un organe primitivement envahi sur l'un ou l'autre poumon. Le plus souvent enfin, les maladies provoquent l'explosion des pneumonies secondaires, par suite de la faiblesse qu'elles produisent, soit que celle-ci agisse en rendant plus fréquentes et plus faciles les congestions passives des poumons, soit que l'individu affaibli soit plus impressionnable et résiste moins aux causes ordinaires des pneumonies; les individus malades, affaiblis, sont donc, comme les enfants, comme les vieillards, plus susceptibles de recevoir l'impression des causes thermiques.

Disons pourtant qu'il est une maladie dans laquelle les deux conditions dont je parle existent au plus haut degré sans que la pneumonie pourtant soit une lésion secondaire fort commune; je veux parler du scorbut. Ce n'est pas à dire qu'on n'ait signalé des complications thoraciques dans son cours, mais il y a beaucoup de vague dans les descriptions qu'on a faites. Sans parler de Huxham je dirai que le meilleur historien du scorbut, Lind, n'est pas très explicite sur ce point; ce qu'il dit se rapporte peut-être plu

à la pleurésie qu'à la pneumonie (1). Plus récemment, M. Haspel, traitant du scorbut qui a sévi dans les tranchées de Sébastopol, parle bien de complications pulmonaires qui survinrent au printemps; mais, à en juger par la description fort succincte qu'il donne, on voit qu'il s'agit bien plus d'une congestion hypostatique que d'une pneumonie véritable (2).

Après avoir étudié les conditions spéciales qui président au développement des pneumonies secondaires, il me reste à déterminer la part qu'ont aussi dans leur production les principales causes prédisposantes et occasionnelles des pneumonies primitives. Je vais donc examiner l'influence de l'âge, du sexe, des saisons; j'insisterai surtout sur celle que le décubitus exerce.

1° *Age.* — Les pneumonies consécutives sont extrêmement fréquentes chez les enfants. MM. Rufz et Gerhard affirment même (3) qu'il est bien peu de jeunes enfants de deux à cinq ans qui succombent à une maladie quelconque sans en offrir des traces; cette remarque a été confirmée par les recherches ultérieures de plusieurs autres médecins. Ainsi, dans le jeune âge, toute maladie aiguë ou chronique peut provoquer le développement d'une pneumonie mortelle. La faiblesse des sujets, consécutive à une maladie antérieure, le séjour prolongé dans les salles d'un hôpital, l'affaiblissement de la constitution par suite d'un mauvais régime ou d'une diarrhée prolongée, enfin l'état rachitique et scrofuleux sont, indépendamment de toutes les maladies aiguës et chroniques dont j'ai parlé précédemment, tout autant de conditions qui rendent la pneumonie tellement fréquente à l'hôpital des Enfants que, pendant longtemps, un praticien justement estimé, Guersant, a cru à la contagion de la maladie. De cinq à quinze ans, les pneumonies secondaires, quoique généralement plus fréquentes que dans les âges qui suivent, le sont cependant beaucoup moins que dans la période qui comprend les quatre ou cinq premières années de l'existence.

La période de seize à vingt ans est celle pendant laquelle on voit les pneumonies survenir le plus rarement comme complication, tandis que les phlegmasies pulmonaires consécutives sont ensuite d'autant plus fréquentes que les individus sont parvenus à une période plus avancée de la vie. Voici, en effet, suivant quelle proportion ont été réparties 69 pneumonies qui se sont déclarées

(1) *Traité du scorbut*, t. I, p. 210. Paris, 1756.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1853, p. 790.

(3) *Journal des connaiss. médico-chirurgic.*, année 1835, et *The American Journal*, année 1834.

chez des sujets déjà affectés d'autres maladies aiguës ou chroniques :

De 16 à 20 ans	5
20 à 30 ans	8
30 à 40 ans	9
40 à 50 ans	13
50 à 60 ans	15
60 à 70 ans	19

2° *Sexe.* — Le sexe ne paraît exercer presque aucune influence. C'est ainsi que sur 67 malades atteints de pneumonie consécutive, je trouve 30 femmes contre 37 hommes, proportion bien différente de celle que nous avons donnée précédemment pour les pneumonies franches. Ce résultat vient confirmer l'opinion émise, savoir, que si l'homme adulte est plus souvent affecté de pneumomie franche que la femme, cela dépend bien moins du sexe des individus que d'une influence exercée par la différence du régime et des occupations.

3° *Saisons.* — L'influence des saisons froides n'est pasmoins évidente dans la production des pneumonies secondaires que dans celles qui sont primitives. C'est ainsi que sur 29 pneumonies consécutives dans lesquelles on a noté l'époque de l'année à laquelle elles sont survenues, j'en trouve 22 pour l'hiver et le printemps et 7 seulement pour l'été et l'automne.

4° *Décubitus.*—S'il nous a été impossible précédemment d'affirmer que l'espèce de décubitus eût de l'influence dans la production des pneumonies primitives, il n'en est plus de même pour celles qui sont consécutives. Plusieurs auteurs ont déjà signalé les congestions passives comme la cause de la plupart des pneumonies secondaires ; ils ont pensé que le décubitus longtemps prolongé sur la même partie du corps, sur le dos par exemple, devait finir par déterminer dans la partie postérieure des poumons une congestion passive, une stase sanguine d'autant plus forte que la résistance vitale était d'autant plus affaiblie par une maladie antérieure, par le régime, par l'âge ou par un séjour prolongé à l'hôpital. Le sang, ainsi accumulé et stagnant, provoquerait plus ou moins vite une véritable phlegmasie du parenchyme pulmonaire. C'est surtout chez les enfants les plus jeunes que la pneumonie a été regardée comme étant un résultat assez ordinaire et presque constant d'une stase sanguine dans les poumons. Billard (1) attribuait la fréquence plus grande des pneumonies droites chez les nouveau-

(1) *Loc. cit.*, p. 512.

nés à l'habitude où l'on est à l'hospice de coucher les enfants sur le côté droit. Denis (1) a émis la même opinion ; il dit avoir vu en 1823 que, dans les salles de Breschet, les enfants, par suite, d'un préjugé des infirmières, étaient tous couchés sur le côté droit ; aussi les pneumonies furent nombreuses, et, comparées à celles du poumon gauche, elles étaient dans la proportion de 10 à 1. On parvint à forcer les infirmières à placer les enfants sur le côté gauche, et la même affection fut notée sur le poumon gauche dans une proportion approximative de 10 à 1. Léger (2) dit aussi que, chez plusieurs enfants, le coucher sur le dos, longtemps continué, leur a paru la seule cause qu'on pût invoquer pour expliquer le développement de quelques pneumonies secondaires.

Le décubitus dorsal a été également signalé comme une cause fréquente des pneumonies consécutives qu'on observe chez les adultes. M. le professeur Piorry (3) a décrit, dans un mémoire intéressant, cette forme de pneumonie qu'il a nommée *hypostatique*, et qu'il signale comme fréquente chez les individus qui, affaiblis par l'âge ou par les maladies, restent pendant longtemps dans le décubitus dorsal. Il est démontré aujourd'hui qu'à mesure que, chez l'homme malade, on voit diminuer la puissance vitale, les lois physiques reprennent peu à peu tout leur empire. C'est ainsi que l'engorgement sanguin que nous remarquons dans nos autopsies à la base et sur le bord postérieur des poumons n'est pas un phénomène purement cadavérique ; Bayle (4) a prouvé, en effet, que cette stase sanguine se formait pendant l'agonie ou dans les derniers moments de la vie ; tandis que la position qu'on avait donnée aux cadavres avait été sans influence sur le siége et les limites de cet engorgement. Léger (5) a tenté plus tard des expériences qui ont confirmé les recherches faites antérieurement par Bayle. Je crois que cet engorgement sanguin des poumons vers les parties déclives survient chez les individus affaiblis bien avant le commencement de l'agonie, comme on peut s'en convaincre facilement à l'aide de la percussion et de l'auscultation.

Cet engouement est réellement la cause d'un grand nombre de pneumonies consécutives ; celles-ci, en effet, occupent presque toujours les parties les plus déclives, c'est-à-dire que sur 28 pneumonies secondaires affectant des individus adultes qui étaient depuis

(1) *Recherches sur les maladies des enfants*, p. 374.
(2) *Loc. cit.*, p. 17.
(3) *Transactions médicales*, t. XI, p. 173.
(4) Chomel, *Pathologie générale*, 3e édit., p. 552.
(5) Thèse, p. 17.

un temps plus ou moins long dans le décubitus dorsal, il y en a eu 25 qui siégeaient dans le lobe inférieur ou vers le bord postérieur de l'un ou l'autre poumon, quelquefois des deux poumons ensemble; trois fois seulement l'hépatisation était limitée au lobe supérieur. Cette influence du décubitus est si réelle pour la production des pneumonies secondaires, qu'on pourrait, pour ainsi dire, les faire naître à volonté sur telle ou telle partie des poumons, en variant les positions des malades. Dans le mois de février 1840, une femme de 36 ans mourut vers le quarantième ou quarante-cinquième jour d'une fièvre typhoïde; des eschares qui étaient survenues au sacrum et sur les trochanters nous avaient forcé de laisser cette malheureuse couchée constamment sur le ventre pendant les dix-huit derniers jours de la vie; on put toutefois, dans la dernière semaine, la placer alternativement sur le ventre et sur le côté gauche du corps. A l'autopsie, je ne trouvai aucune espèce d'engouement à la partie postérieure des deux poumons; le tissu y était parfaitement souple et crépitant; au contraire, le bord antérieur de ces organes était complétement induré; l'hépatisation était à un degré d'autant plus avancé que l'on se rapprochait davantage du bord tranchant. Elle cessait à droite, à 3 centimètres de la scissure, tandis qu'à gauche la pneumonie occupait le lobe inférieur dans les trois quarts antérieurs de la circonférence. M. le docteur Barth m'a dit avoir observé un fait exactement semblable. M. Piorry en rapporte un autre, qu'il a recueilli à la clinique de Laennec (1). Enfin, un éminent vétérinaire, Renault, à qui je demandais des renseignements sur le siége ordinaire des pneumonies chez les quadrupèdes, m'a affirmé que, lorsque la maladie était primitive, elle occupait presque toujours, comme chez l'homme, le bord supérieur ou postérieur de l'organe; tandis que, lorsque l'inflammation pulmonaire se déclarait chez des animaux affaiblis présentant des symptômes typhoïdes, on la voyait alors envahir exclusivement les parties déclives de l'organe, c'est-à-dire le bord inférieur ou antérieur, à tel point que, dans un grand nombre de cas, on ne savait, pendant la vie, s'il existait une pneumonie ou bien un épanchement pleurétique.

5° *Causes occasionnelles.* — Dans l'immense majorité des cas, les pneumonies secondaires surviennent sans le concours d'aucune cause occasionnelle appréciable. L'action directe du froid n'a été évidente que chez deux sujets qui, ayant le corps échauffé et en sueur, s'exposèrent momentanément à un courant d'air. Chez tous

(1) *Procédé opératoire*, p. 232.

les autres malades, la pneumonie a paru se déclarer indépendamment de cette cause; en effet, la plupart des individus, affaiblis et déjà parvenus à une période avancée de leur maladie, ne quittaient plus leur lit; ils étaient bien couverts et séjournaient dans des salles suffisamment chauffées; ils étaient par conséquent dans les conditions les plus favorables pour éviter un refroidissement. Cependant je conviens qu'il est beaucoup de ces malades qui, étant en sueur, se refroidissent à leur insu, pendant le sommeil, le plus souvent parce qu'une fenêtre a été laissée négligemment ouverte autour d'eux; aussi est-il à peu près impossible de dire, même approximativement, le nombre de pneumonies secondaires qui surviennent sous l'influence d'une cause excitante, spécialement à l'occasion d'un refroidissement.

ARTICLE IV.

DES PNEUMONIES QUI SONT CONSÉCUTIVES A UNE BRONCHITE.

On aura peut-être été surpris que, dans l'article que je viens de consacrer aux causes des pneumonies secondaires, je n'aie point parlé spécialement de celles de ces maladies qui sont consécutives à une bronchite aiguë ou chronique; mais l'analyse des faits m'ayant prouvé que les pneumonies qui arrivent dans ces circonstances ne diffèrent en rien, chez l'adulte du moins, de celles qui se déclarent au milieu de la santé la plus parfaite, je n'ai pas cru devoir les confondre avec les inflammations des poumons qui compliquent si souvent les maladies graves, et qui se présentent avec des symptômes et des caractères spéciaux, comme on le verra par la suite. Je ne pouvais non plus, sans inconvénient, considérer la bronchite comme constituant un véritable prodrome de la pneumonie; c'est pour ces motifs que j'ai dû examiner à part les faits dont je parle actuellement.

Laennec, tout en avouant (1) que quelques pneumonies se greffent sur un catarrhe aigu ou chronique, convenait, dans un autre endroit de son immortel ouvrage, que la bronchite était l'affection de poitrine qui admettait le plus difficilement cette complication. M. le professeur Andral a jugé qu'il y avait un peu d'exagération dans cette assertion, car il a vu lui-même tous les hivers un certain nombre d'individus atteints de pneumonie, après avoir eu, pendant plusieurs jours, une bronchite simple (2). Chomel a constaté le

(1) *Auscultation médicale*, t. I, 4e édit., p. 132 et 588.

(2) Même volume, voyez la *Note*, p. 389.

même fait. Cependant aucun de ces auteurs n'ayant essayé de déterminer la proportion des pneumonies qui succèdent à une bronchite aiguë ou chronique, il était impossible de savoir si dans les faits qu'ils avaient rapportés, il n'y avait eu qu'une simple coïncidence ou bien un rapport de cause à effet. Voulant me former une opinion précise sur une question dont la solution me paraissait importante, j'ai interrogé les malades avec le plus grand soin sur l'état des fonctions respiratoires, avant le développement de la pneumonie. Or, sur 201 individus qui ont pu me fournir, sur leurs antécédents, des renseignements positifs, j'en ai trouvé 76 qui toussaient depuis un temps plus ou moins long; 23 avaient un catarrhe bronchique depuis plusieurs années, et il est impossible d'affirmer qu'il ait eu quelque influence sur la production de la pneumonie. Chez les 53 malades qui restent, l'affection catarrhale des bronches était récente, c'est-à-dire qu'elle remontait tout au plus à trois semaines ou un mois, lorsque des symptômes d'inflammation des poumons se déclarèrent. La proportion des pneumonies qui sont précédées de bronchites m'a paru être un peu plus grande chez l'homme que chez la femme; j'ai trouvé également que chez les adultes ce nombre était, en général, d'autant plus considérable que les individus étaient plus avancés en âge. C'est ainsi que chez presque tous les sujets compris entre 50 et 70 ans, la pneumonie ne s'est développée que consécutivement à une bronchite aiguë ou chronique. Les mois de juillet, d'août, de septembre et d'octobre ont été les seuls pendant lesquels je n'ai pas vu la bronchite précéder l'inflammation du poumon; dans tous les autres mois la proportion est restée à peu près la même pour chacun d'eux. Ces résultats n'ont pas beaucoup varié pour chacune des années 1836, 1837 et 1840. Il résulte donc des faits qui précèdent, que chez l'adulte on verrait, chez le quart environ des malades, la pneumonie survenir dans le cours d'un catarrhe pulmonaire plus ou moins aigu. M. le docteur Briquet, dans le travail que je me plais à citer souvent, dit avoir trouvé exactement la même proportion (1). Le nombre des pneumonies précédées de bronchite est donc assez considérable pour nous autoriser à penser qu'il n'y a pas seulement entre les deux maladies une simple coïncidence. Mais faut-il admettre que, dans ces cas, la pneumonie n'est survenue que par l'extension de la phlegmasie de la muqueuse bronchique, au parenchyme pulmonaire? Il est vrai que chez cinq malades la bronchite a été accompagnée de perte de l'appétit et des forces, ainsi que d'un

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. VIII, p. 492.

mouvement fébrile notable; elle fut en un mot assez intense pour qu'on puisse peut-être, avec quelque apparence de raison, attribuer l'inflammation pulmonaire à l'extension de celle qui occupait déjà la muqueuse des bronches. Mais si l'on réfléchit que, chez les quarante-huit malades qui restent, la bronchite était très-légère, qu'elle ne s'accompagnait d'aucun trouble appréciable vers les fonctions, que la pneumonie s'est déclarée brusquement, sans que la bronchite ait paru augmenter d'intensité, il sera alors fort douteux que chez ces malades l'inflammation du poumon soit survenue par suite de l'extension de la phlegmasie qui occupait primitivement les bronches. Cette extension n'est peut-être pas aussi aisée qu'on pourrait le croire tout d'abord. M. le professeur Ch. Robin a fait remarquer, en effet (1), qu'il y a entre les bronches et le parenchyme pulmonaire, tant dans la profondeur qu'à la surface des conduits aériens, une différence de composition anatomique ou de texture aussi grande que celle qui sépare un conduit excréteur glandulaire du tissu de cette glande; et ce qui expliquerait plus encore, d'après lui, la rareté de l'extension de l'inflammation des bronches aux poumons, ce serait le siége dans des capillaires d'ordre différent; dans les réseaux des artères d'origine aortique, pour la bronchite; dans ceux de l'artère pulmonaire, pour la pneumonie. Quoi qu'il en soit, en restant sur le terrain peut-être plus précis de l'observation clinique, nous dirons que, si la bronchite, et une bronchite généralement bénigne, précède assez fréquemment la pneumonie, il est permis de supposer que l'inflammation catarrhale des bronches ne joue pas le rôle d'une cause occasionnelle active; elle constitue plutôt une sorte de prédisposition dénotant un état de l'organisme, qui sera plus aisément influencé par les causes ordinaires des inflammations pulmonaires. Dans tous les cas, les faits précédents nous avertissent de ne jamais négliger une bronchite, quelque bénigne qu'elle soit, attendu qu'elle n'est parfois que le prélude d'une pneumonie qui se prépare. Chez les quatre cinquièmes des malades dont la pneumonie fut ainsi consécutive au catarrhe pulmonaire, la maladie survint sans le concours d'aucune cause occasionnelle appréciable; chez un cinquième seulement, l'inflammation du parenchyme pulmonaire se déclara brusquement à la suite de l'impression du froid.

Ce que je dis des adultes s'applique aux autres âges. Chez les enfants, la pneumonie est peut-être même plus fréquemment encore

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1859, p. 24 (*Note sur les causes de l'indépendance de la bronchite par rapport à la pneumonie*).

que chez l'adulte précédée d'une bronchite plus ou moins intense. Celle-ci précède nécessairement toujours la forme lobulaire. Enfin, Hourmann et M. Dechambre ont regardé également la bronchite chronique, ainsi qu'un état de bronchorrhée habituelle, comme constituant chez les vieillards une prédisposition très-active à la pneumonie (1).

ARTICLE V.

CAUSES DE LA PNEUMONIE CHRONIQUE.

Nous verrons que la pneumonie, comme la plupart des autres phlegmasies, peut être chronique d'emblée, ou se développer après des accidents aigus. Ce dernier cas paraît être le plus commun, non que la pneumonie chronique succède toujours à une forme très-aiguë de la maladie, mais je veux établir seulement que, dans la grande majorité des cas, il existe avant l'état chronique une période d'acuité plus ou moins bien accusée ; parfois la pneumonie chronique succède immédiatement à une pneumonie aiguë dont les allures et la marche avaient été très-franches.

On a dit avec quelque apparence de raison qu'on devait surtout redouter de voir la pneumonie aiguë passer à l'état chronique lorsqu'on a opposé à la première un traitement irrationnel ou insuffisant. Il en est ainsi dans quelques cas. Le premier exemple de pneumonie chronique que j'ai vu, fut observé chez un individu qui ne se fit pas soigner, et qui but, pendant toute la durée de l'état aigu, une grande quantité de vin chaud. L'année dernière (1863), j'ai observé, avec mon ami le docteur Empis, chez une vieille dame, le passage à la chronicité d'une pneumonie très-aiguë, qui, sauf quelques vésicatoires, fut forcément traitée par l'expectation, à cause de l'indocilité de la malade. Toutefois une médication un peu active eût été formellement contre-indiquée par l'état constitutionnel, et c'est à cette circonstance, plutôt encore qu'à l'absence de tout traitement énergique, qu'il faut attribuer la lenteur avec laquelle la résolution se fit. Ce qui prouve que l'intervention de tel ou tel traitement, s'il a une influence incontestable sur l'issue favorable ou fatale de la maladie, n'en exerce pas une aussi puissante qu'on pourrait le supposer pour décider le passage à l'état chronique ; c'est précisément ce que nous voyons aujourd'hui, c'est-à-dire la rareté non moins grande de la pneumonie chronique qu'elle l'était autrefois, à une époque pourtant où tant de personnes

(1) *Archives*, 3e série, t. XII, p. 28.

vantent et pratiquent des médications très-anodines, et même l'expectation.

L'état constitutionnel des sujets me paraît donc avoir, plutôt que le traitement, une influence sur le passage de la pneumonie aiguë à la chronicité. C'est ainsi que les quatre malades chez lesquels j'ai pu suivre la filiation des symptômes, avaient tous une constitution débile; il en fut de même dans l'observation que mon regrettable collègue et ami Requin m'avait donnée lorsque je publiai la première édition de ce livre. Cependant, tout en faisant la part de l'état constitutionnel, n'en exagérons point l'importance. Son influence, d'ailleurs, n'est pas encore mise hors de doute, tandis que nous verrons que le plus ou moins de force de la constitution influe puissamment sur la terminaison heureuse ou fatale. Ce que je dis de l'état constitutionnel s'applique à la débilité acquise, qu'elle soit la suite d'une maladie spontanée, d'une intoxication ou de conditions hygiéniques mauvaises.

A différentes époques et dans divers pays, on a fait jouer aux cachexies un certain rôle dans la production des pneumonies chroniques. Le docteur Libermann a prétendu, par exemple (1), qu'en Chine il n'était pas rare de trouver chez les fumeurs d'opium un état de congestion des poumons, et plus tard une pneumonie chronique, affectant surtout le lobe inférieur. Il aurait observé cette affection sur une trentaine d'individus; aussi n'hésite-t-il pas à regarder la pneumonie chronique comme un des accidents sérieux produits par l'usage de l'opium. Sans contester une pareille influence, on ne saurait, à cet égard, partager toutes les convictions de l'auteur, car il ne cite aucune autopsie, et la symptomatologie même est si incomplétement faite, qu'on ne peut rien en conclure.

On a dit aussi que, chez les ivrognes de profession, on observait parfois des indurations chroniques des poumons, consécutives à des pneumonies antérieures, dont la résolution s'était faite lentement et avait été incomplète. C'est Magnus Huss (2) qui a émis cette opinion; mais si le fait est vrai en Suède, on ne l'a guère encore constaté en France.

On a attribué la même influence à la cachexie palustre. Le professeur Heschl, cité par M. Charcot dans sa thèse, dit que la pneumonie chronique, rare à Vienne, se montrerait fréquemment à Cracovie, où elle atteindrait presque exclusivement des individus affaiblis par de nombreuses atteintes de fièvres d'accès, souvent

(1) *Les fumeurs d'opium en Chine*, p. 50. In-8, Paris, 1862.

(2) *Alcoolismus chronicus.* Stockholm, 1852, p. 18.

infiltrés et présentant l'intumescence de la rate et du foie, si commune en pareil cas. Ce ne sont là encore que des assertions. Nulle part, en effet, on ne trouve la preuve que la pneumonie chronique soit plus fréquente dans ces conditions; car les faits annoncés n'ont été vérifiés, ni chez nous, ni ailleurs, que je sache, et, quelque grande que soit mon estime pour les observateurs dont j'ai invoqué le témoignage, je ne puis m'empêcher de douter lorsque je ne trouve ni détails symptomatologiques, ni surtout des détails anatomiques précis pour savoir si l'on n'a pas considéré comme appartenant à la pneumonie chronique cette multitude de lésions qui en sont fort distinctes, et que l'on confond néanmoins tous les jours avec l'induration d'origine inflammatoire.

D'autres ont regardé comme favorisant le développement de la pneumonie chronique les maladies du cœur, celles surtout qui, comme les altérations valvulaires, apportent la gêne la plus considérable à la circulation pulmonaire. Il n'en est rien; les sujets qui meurent par suite d'une affection cardiaque présentent souvent dans les poumons des stases sanguines, des noyaux apoplectiques, dans lesquels le sang peut avoir subi diverses transformations. Suivant le plus ou moins d'ancienneté de la maladie, on trouve plus souvent aussi que dans le cours des autres maladies, cette lésion que nous avons décrite sous le nom de *carnification* (page 39), qu'on a souvent confondue avec la pneumonie chronique, mais qui s'en distingue tout à fait, ainsi que nous l'avons établi.

Ce que nous avons dit précédemment (p. 81) en traitant de l'anatomie pathologique, démontre que la pneumonie chronique peut être provoquée par la pénétration de corps étrangers dans les poumons. Nous avons cité en particulier la profession de mouleur en cuivre, celle d'aiguiseur dans les grandes manufactures d'armes comme celle de Châtellerault. Nous avons dit que des corps plus volumineux, comme des fragments osseux, arrêtés dans une bronche, pouvaient amener dans le poumon correspondant des lésions diverses, des indurations, des foyers purulents, des ulcérations caractérisant un travail inflammatoire à marche chronique.

L'infection vénérienne est-elle capable de produire des lésions caractérisant une forme distincte de pneumonie chronique? C'est une question que j'ai posée (p. 80), sans pouvoir encore la résoudre, non que je conteste à la syphilis la puissance de produire dans les poumons des lésions spéciales, mais on ne sait pas encore d'une manière précise à quels caractères on peut les distinguer. Leur étiquette, s'il m'était permis de parler ainsi, n'est pas parfaitement lisible. Lorsqu'on les constate sur les cadavres, on se fonde bien

moins, pour leur assigner une origine, sur leurs caractères propres, que sur l'absence de certaines lésions concomitantes, sur l'absence de tubercules, par exemple, et sur l'existence vers d'autres organes d'accidents syphilitiques incontestables. D'après les faits observés jusqu'à ce jour, les manifestations que la syphilis produit vers la poitrine ont plutôt de l'analogie avec la phthisie tuberculeuse qu'avec la pneumonie chronique. Cependant, il n'y a rien d'impossible qu'à une période moins avancée de leur évolution, lorsqu'il y a eu compression par tumeur ou induration des tissus, on ne constate la plupart des symptômes de la pneumonie chronique; mais c'est là un point de diagnostic différentiel que nous discuterons ailleurs. Pour se convaincre combien sont vagues les renseignements fournis par les auteurs, on n'a qu'à consulter la savante thèse de M. le docteur Lagneau fils, dans laquelle ce médecin a réuni avec soin tous les faits invoqués pour prouver l'influence de la syphilis sur les organes pulmonaires. Or, c'est à peine si deux des observations pourraient établir la possibilité d'une pneumonie chronique. Toutefois, quelque facile qu'on soit sur les preuves, il n'est pas possible d'être bien édifié, ni sur la lésion pulmonaire qui existait, ni sur la cause qui avait pu la provoquer (1). Ces faits me semblent, par conséquent, dépourvus de toute valeur.

Les cas de pneumonie chronique légitime ne sont pas assez nombreux aujourd'hui pour qu'on puisse apprécier très-exactement l'influence exercée par l'âge et par le sexe. Il semble pourtant résulter des faits connus jusqu'à ce jour que la pneumonie chronique, très-rare à tout âge, l'est plus encore aux deux extrêmes de la vie; c'est surtout chez les adultes qu'on a rencontré la plupart des exemples. Relativement au degré de prédominance de la maladie au côté droit, dans le lobe inférieur plutôt que dans le supérieur, quant au plus ou moins de rareté de la pneumonie double, nous ne pouvons rien affirmer de très-précis. Il a paru jusqu'à présent que ce que nous avons dit de la fréquence plus grande de la maladie à droite et dans le lobe inférieur s'applique aussi bien à la pneumonie aiguë qu'à la pneumonie chronique.

(1) Thèse de Paris, année 1851, n° 138, observ. XXXIX et XLIV.

CHAPITRE III

PRODROMES.

ARTICLE PREMIER.

PRODROMES DES PNEUMONIES PRIMITIVES.

La pneumonie débute tantôt tout à coup, surprenant l'individu au milieu de la santé la plus parfaite; d'autres fois, au contraire, elle est précédée, pendant un temps plus ou moins long, par divers troubles fonctionnels qui constituent alors les prodromes de la maladie. J'ai recherché avec le plus grand soin, chez la plupart de mes malades, si l'inflammation pulmonaire avait été précédée de quelque phénomène précurseur. J'y suis aisément parvenu en les interrogeant en particulier sur chacune de leurs fonctions dans les jours qui avaient précédé l'invasion des symptômes caractéristiques, ou du moins des symptômes qui avaient été assez intenses ou assez graves pour fixer leur attention. C'est ainsi que je leur ai demandé des détails sur les douleurs qu'ils avaient pu éprouver, sur l'appétit, sur la soif, sur les digestions, sur l'état des forces, etc. La plupart des malades interrogés, en effet, sur l'époque où leur affection a commencé, ont assigné généralement comme en étant le début l'instant où une douleur vive s'était fait sentir au côté, ou bien le moment où la fièvre s'était allumée, le moment encore où ils avaient cessé de pouvoir travailler, négligeant tout à fait de parler des petits malaises qui avaient précédé et préparé le développement des symptômes principaux. C'est parce que les médecins se contentent des premières réponses des malades, qu'ils ont négligé généralement, surtout dans l'histoire de la pneumonie, l'étude des phénomènes prodromiques. Cependant cette connaissance est importante pour l'étiologie et pour le pronostic; elle est indispensable surtout pour fixer exactement la durée de la maladie. En procédant comme je l'ai indiqué plus haut, je suis convaincu que, de seize à soixante-dix ans, on observe des symptômes précurseurs chez près du quart des individus. Je les ai, en effet, constatés chez 50 des 205 individus que j'ai interrogés sous ce rapport. La proportion est restée à peu près la même pour chacune des années 1836, 1837 et 1840. C'est de cinquante à soixante ans et de trente à quarante que j'ai rencontré le plus grand nombre de pneumonies ayant offert des phénomènes prodromiques. Ceux-ci ont consisté,

chez 28 malades, en malaise général avec ou sans perte de l'appétit et des forces, avec paresse, torpeur, lumbago, sensibilité très-grande au froid extérieur; chez deux malades, il existait un mouvement fébrile à accès irréguliers. Ces accidents, très-benins, n'avaient jamais empêché les individus de se livrer à leurs occupations. Dans quelques cas, j'observai pendant quatre jours un mouvement fébrile intense, sans que j'aie pu découvrir du côté d'aucun organe, et surtout du côté des poumons, une lésion capable de l'expliquer. Ce ne fut qu'à la fin de plusieurs jours qu'un point de côté survint; la toux lui succéda, et je constatai bientôt les crachats et les phénomènes d'auscultation caractéristiques de la pneumonie. M. Andral a observé plusieurs cas semblables; il n'y a alors, dit cet éminent professeur, aucun travail inflammatoire local bien dessiné; mais partout il y a tendance à sa production, et, pour peu que cet état se prolonge, on verra naître diverses phlegmasies suivant les prédispositions individuelles et la susceptibilité variable des organes. Il est donc vrai de dire que, dans quelques cas, fort rares d'ailleurs, la fièvre précède d'un ou de plusieurs jours la phlegmasie locale, comme si celle-ci n'en était que la conséquence.

Parmi les individus qui ont présenté des prodromes, 19 étaient affectés d'une bronchite légère qui pouvait à la rigueur expliquer les petits malaises qu'ils ressentaient; mais bientôt l'invasion d'une pneumonie grave indiquait que la bronchite, comme les autres phénomènes morbides qui existaient avec elle, dépendaient d'un état général de l'économie qui préparait peu à peu le développement d'une affection beaucoup plus grave. Dans ces pneumonies, en effet, qui ont des prodromes, il est impossible de méconnaître l'influence de cette disposition intérieure qui préside au développement d'une foule de maladies aiguës et de la plupart des maladies chroniques. Ce qui le prouve, c'est que ces pneumonies avec prodromes se déclarent peu à peu, et dans la presque totalité des cas, sans qu'on puisse saisir aucune cause déterminante appréciable. C'est ainsi que, sur les 50 malades chez lesquels j'ai observé des prodromes, 44 ne pouvaient indiquer aucune circonstance capable d'expliquer les premiers accidents; chez 3, le malaise précurseur succéda manifestement à un refroidissement, chez un autre à un excès alcoolique; enfin, 2 autres individus éprouvaient, depuis trois et six jours, divers malaises, de la courbature avec perte d'appétit et des forces, lorsqu'à l'occasion d'un refroidissement, ils furent pris presque immédiatement des symptômes d'une pneumonie. Il est bien probable que dans ce dernier cas l'impression du froid a fait faire explosion à une pneumonie déjà sur le point de se déclarer. La durée des

prodromes a varié depuis quelques heures jusqu'à un et même deux septénaires; cependant dans les quatre cinquièmes des cas, ils ne se sont pas prolongés au delà du cinquième jour.

Il m'est impossible de comparer la fréquence et la nature des symptômes prodromiques aux différents âges. Il m'a paru qu'au delà de soixante-dix ans les pneumonies se déclaraient presque toujours sans présenter de phénomènes précurseurs bien sensibles. Les auteurs qui ont étudié la pneumonie des vieillards ont un peu négligé l'histoire des prodromes. Cependant Hourmann et M. Dechambre (1) disent avoir vu fréquemment, à la Salpêtrière, les pneumonies du printemps être précédées pendant plusieurs jours, quelquefois même pendant une ou deux semaines, de céphalalgie, d'étourdissement, d'angine, de corysa avec épistaxis, de douleurs musculaires erratiques, etc. Mais peut-être dans la plupart de ces cas il y a eu bien plutôt succession de maladies diverses que des phénomènes prodromiques à proprement parler. Pour les enfants au-dessous de trois ans, il est très-difficile, et le plus souvent même impossible de s'assurer de l'existence des prodromes. Mais après cinq ou six ans, les enfants peuvent déjà rendre assez bien compte de leurs sensations pour pouvoir constater par leur propre témoignage les phénomènes morbides peu accentués qui ont précédé chez eux le développement de la pneumonie; de pareilles recherches n'ont pas encore été faites avec un soin suffisant.

ARTICLE II.

PRODROMES DES PNEUMONIES SECONDAIRES.

Les prodromes manquent dans la plupart des pneumonies secondaires, du moins dans les cas où l'inflammation pulmonaire survient dans le cours d'une de ces maladies aiguës ou chroniques qui occasionnent un trouble très-grand dans la plupart des fonctions de l'économie. Si la maladie première est longue et tout à fait apyrétique, on pourra bien parfois saisir quelques phénomènes précurseurs de la pneumonie; mais il sera le plus souvent difficile de déterminer si ces nouveaux troubles qu'on observe appartiennent à l'affection ancienne ou bien à une maladie qui se prépare.

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 43.

CHAPITRE IV

MODES D'INVASION.

ARTICLE PREMIER.

INVASION DES PNEUMONIES PRIMITIVES.

La pneumonie primitive débute généralement, chez les adultes, par un frisson plus ou moins violent et d'une durée variable, bientôt suivi d'une douleur de côté plus ou moins vive, avec toux et oppression; les malades accusent en même temps un malaise général, du brisement dans les membres, de la fièvre et une céphalalgie plus ou moins intense : beaucoup vomissent. Étudions les principaux de ces symptômes sous le rapport de leur fréquence, de leur intensité et de leur mode de succession entre eux.

1° *Frisson.* — Tous les auteurs ont indiqué le frisson comme étant un des symptômes qui marquaient le plus constamment le début des pneumonies franches. Mes observations justifient complétement cette opinion, puisque sur 182 sujets chez lesquels j'ai recherché avec soin ce phénomène, je l'ai vu apparaître 145 fois dans les douze premières heures de la maladie, et chez 110 de ces malades le frisson fut le symptôme tout à fait initial. Cette proportion ne diffère guère de celle que M. Louis avait trouvée déjà (1); sur 79 pneumonies dont ce médecin illustre a recueilli l'histoire, il en a noté 61 qui avaient présenté un frisson plus ou moins intense dès le premier jour; le plus souvent ce phénomène avait même marqué le début de l'affection. Ainsi 110 fois sur 145, c'est-à-dire dans près des quatre cinquièmes des cas, le frisson a marqué l'invasion de la maladie; il en a été le premier phénomène. Chez les autres malades, au nombre de 35, le frisson survint consécutivement à quelque autre symptôme, il fut postérieur au point de côté, à l'oppression, à la toux, aux vomissements, à la céphalalgie. Le frisson n'a pas toujours été le même ni d'une égale durée. Sur 103 malades chez lesquels j'ai noté son intensité, je l'ai trouvé violent chez 46. Le corps fut agité d'un tremblement, souvent avec claquement des dents, comme on le voit dans le premier stade des fièvres intermittentes; chez 37 autres malades, le frisson fut peu intense; enfin, chez les 20 sujets qui restent, il n'y eut que quelques

(1) *Fièvre typhoïde*, 2e édit., t. II. Paris, 1841.

frisonnements, quelques horripilations qui, en général, se reproduisirent une ou plusieurs fois de suite dans les premiers jours de la maladie. Dans ce dernier cas, les frissons étaient passagers; lorsqu'au contraire ils avaient une certaine intensité, les malades les ressentaient d'une manière plus continue, et leur durée ordinaire variait de quinze minutes à trois heures. Deux malades ont tremblé sans interruption pendant neuf heures. Le plus souvent, après avoir plus ou moins frissonné pendant une demi-heure, le sentiment de froid a été remplacé par la sensation d'une chaleur brûlante.

Le frisson ayant complétement manqué chez 37 malades, j'ai recherché quelles avaient été les circonstances qui avaient pu en empêcher le développement; or voici ce que j'ai trouvé. Le plus grand nombre étaient dans la force de l'âge, et près de la moitié (17) s'étant couchés plus ou moins bien portants, avaient présenté les premiers symptômes de la pneumonie dans le milieu de la nuit ou à leur réveil. On conçoit en effet que dans ce cas le corps échauffé et à l'abri de la température extérieure soit moins apte à ressentir le frisson fébrile. Il m'a paru également que le frisson initial manquait plus fréquemment dans les pneumonies d'automne et d'été que dans celles qui surviennent pendant l'hiver ou durant le printemps. Hourmann et M. Dechambre (1) ont également observé que dans les mois de mars et d'avril, les pneumonies qui sévissent sur les vieilles femmes de la Salpêtrière sont plus fréquemment précédées de frisson que celles qui ont lieu dans les autres mois de l'année. La fréquence de ce symptôme initial est d'ailleurs la même chez le vieillard que chez l'adulte; en est-il de même pour la pneumonie du jeune âge? Je l'ignore. Il est difficile, en effet, de constater le frisson chez les très-jeunes enfants; toutefois on peut affirmer que, s'il existe, il n'est pas violent, car presque jamais on ne voit leurs membres être agités de secousses et de tremblement; chez eux ce phénomène se caractérise plutôt par l'amaigrissement, par le ratatinement de la face, par le refroidissement du nez et des membres, et par une légère cyanose surtout appréciable aux lèvres et à l'extrémité des doigts. Chez la plupart, on constate en outre, comme phénomène initial, une agitation plus ou moins vive, une élévation de la chaleur, une grande accélération du pouls : ces phénomènes précèdent les premiers symptômes locaux, ou bien même ils apparaissent simultanément avec eux (2). Après l'âge de six ans,

(1) *Loc. cit.*, p. 35.

(2) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.* Paris, 1838, p. 43.

la pneumonie débute quelquefois par un frisson appréciable ; mais ce symptôme paraît exister moins fréquemment chez eux que chez les adultes ou chez les vieillards.

En résumé, le frisson est un symptôme important. Si l'on excepte les fièvres intermittentes, l'infection purulente et la péritonite puerpérale, on trouve que la pneumonie est de toutes les maladies aiguës celle dont le début est le plus souvent marqué par une violente sensation de froid. Chez l'adulte, un frisson qui survient au milieu d'un état de santé parfait, s'il n'est pas le premier stade d'une fièvre d'accès, peut indiquer le début de plusieurs affections, telles qu'une fièvre typhoïde ou éruptive, un rhumatisme articulaire aigu, une angine, un érysipèle de la face, etc. Chez les vieillards, au contraire, moins sujets que l'adulte à ces diverses maladies, un frisson violent devra plus spécialement encore faire redouter le développement d'une pneumonie.

2° *Symptômes thoraciques.* — La douleur, dans un des côtés de la poitrine, est un symptôme important dans l'histoire de la pneumonie ; aussi devra-t-il être étudié plus tard avec le plus grand soin. Quant à présent, il me suffit de le signaler comme étant, sur près du cinquième des malades, le premier symptôme qui marque le début de la maladie ; il est suivi presque aussitôt, dans la plupart des cas, par un frisson plus ou moins violent, ou par une chaleur générale et par du malaise. La douleur de côté, quand elle a une certaine intensité, s'accompagne de dyspnée et d'oppression. Mais ces deux derniers symptômes peuvent exister seuls ; leur invasion peut être brusque : chez 5 malades je les ai vus marquer le début de la pneumonie. Enfin, une toux plus ou moins opiniâtre, le plus souvent sèche et rare, a été également notée dès le début des premiers accidents. Sur les huit neuvièmes des malades, ce dernier symptôme a été remarqué dans les douze premières heures de la maladie.

3° *Symptômes du côté des autres appareils.* — Dans un certain nombre de cas, la maladie débute par des symptômes qui détournent l'attention de l'appareil respiratoire. Sept de mes malades ont présenté, pendant un, deux, trois ou cinq jours, une fièvre intense, avec brisement général, perte d'appétit, et quelque autre symptôme pouvant faire redouter toute autre affection qu'une pneumonie. Chez 2, par exemple, il existait des vomissements opiniâtres qui pouvaient faire croire à une maladie de l'estomac, ou bien d'un des organes qui agissent sympathiquement sur ce viscère ; un autre accusait un lumbago très-intense, qui avait fait redouter l'éruption prochaine d'une variole ; chez 3 on observait

une céphalalgie frontale très-vive, comparable à celle qu'on voit dans la plupart des fièvres typhoïdes commençantes. Enfin, un vieillard qui s'était couché le soir bien portant, fut pris au milieu de la nuit d'agitation, de fièvre et de délire; ces symptômes persistèrent pendant trois jours, et ce ne fut qu'au commencement du quatrième qu'un point de côté, de la toux et de l'oppression, appelèrent notre attention vers la poitrine; celle-ci, percutée et auscultée avant cette époque, n'avait fourni que des résultats négatifs. Ces débuts insolites de la maladie, et surtout la prédominance des accidents cérébraux, se remarquent plus souvent dans la pneumonie du jeune âge.

On voit donc, par ce qui précède, que, dans l'immense majorité des cas, la pneumonie débute par des symptômes locaux, et qui doivent fixer l'attention du côté de la poitrine. Je me suis en outre assuré, par l'analyse de mes observations, que le sexe, la constitution des sujets, la saison, le siége de la maladie, ne paraissaient avoir aucune influence sur le mode d'invasion des pneumonies primitives. Le début de la maladie est généralement aussi à peu près le même chez l'adulte et chez le vieillard. Chez ce dernier, c'est-à-dire de soixante à soixante-quinze ans, le frisson a paru manquer un peu plus souvent que chez l'adulte; la même chose a peut-être eu lieu pour le point de côté. Cependant, les sensations étant plus obtuses à cet âge, beaucoup de vieillards tombant avec rapidité dans un état somnolent, il devient souvent difficile d'apprendre par leur propre témoignage la nature des accidents qui ont marqué le début de la maladie. Voilà pourquoi, sans doute, on a regardé les pneumonies comme étant si souvent latentes chez les vieillards. Je traiterai d'ailleurs plus tard cette question importante avec tous les développements qu'elle comporte.

Chez les vieillards plus âgés qui n'ont aucune maladie de cœur ou du cerveau, Hourmann et M. Dechambre ont reconnu (1) que, dans un peu plus de la moitié des cas, le début de la pneumonie était tout à fait aigu, et ne différait pas de celui qu'on observe chez l'adulte; dans les autres, au contraire, l'invasion se fait d'une manière obscure, latente. Les malades n'ont ni frisson ni point de côté; ils n'éprouvent que du malaise, de la faiblesse, de l'accélération ou de l'irrégularité dans les mouvements respiratoires, une toux rare, saccadée, et de la chaleur à la peau. Il est des cas même où celle-ci conserve presque sa température normale. Il n'y a aucun symptôme local qui indique un trouble quelconque du côté

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 35.

des organes respiratoires. Tout ce qu'on observe alors, c'est un malaise général et de la faiblesse. Cependant ces phénomènes, quand ils existent chez des personnes âgées, doivent toujours suffire pour éveiller toute la sollicitude du médecin, et l'engager à explorer avec le plus grand soin les organes thoraciques ; car il ne faut jamais oublier que, de toutes les maladies un peu graves qui affectent la vieillesse, la pneumonie est la plus fréquente, et l'une de celles aussi qui excitent le moins de phénomènes sympathiques ou de symptômes locaux, comme on pourra s'en convaincre dans plusieurs autres parties de cet ouvrage.

Chez les jeunes enfants, et en particulier chez ceux qui sont encore à la mamelle, la fièvre, l'agitation, et surtout l'accélération des mouvements respiratoires sont les seuls symptômes saisissables qui marquent généralement le début des maladies dont ils sont affectés. A mesure que les enfants s'éloignent davantage de la naissance, on voit la pneumonie dont ils sont atteints ressembler de plus en plus par son mode d'invasion à celle des adultes.

ARTICLE II.

INVASION DES PNEUMONIES CONSÉCUTIVES.

Lorsque la pneumonie survient comme complication dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique grave, et dans une période déjà avancée de celle-ci, les symptômes qui en indiquent l'invasion éprouvent certaines modifications qu'il est important d'étudier. Le frisson qui marque, comme je l'ai dit, le début de la plupart des pneumonies primitives, manque au contraire dans l'immense majorité des cas de pneumonies secondaires. Ce symptôme n'a été observé que 9 fois sur 38 malades ; chez la plupart d'entre eux, le frisson eut peu d'intensité et de durée, quelquefois même il fut très-éphémère, à peine perceptible : il n'eût pas été accusé si l'on n'avait pas attiré d'une manière spéciale l'attention des malades sur ce point.

La douleur de côté est un symptôme qui manque fréquemment aussi au début ; en effet, sur le même nombre d'individus atteints, pour la plupart, de maladies organiques fort diverses (les tubercules pulmonaires exceptés), 6 seulement ont ressenti comme premier symptôme une douleur dans un des côtés de la poitrine. Dans les pneumonies, par contre, qui affectent les phthisiques, le point de côté est un phénomène qui marque presque constamment le début de la maladie ; sur 10 tuberculeux qui ont éprouvé des pneumonies

intercurrentes, 9 accusèrent un point de côté assez violent. M. Louis (1) a également remarqué que, lorsque la pneumonie, chez les phthisiques, occupait une certaine étendue, les malades éprouvaient, dans la plupart des cas (les 5 huitièmes), trois, quatre, cinq jours avant la mort, des douleurs dans un des côtés du thorax. La dyspnée, une oppression parfois extrême, portée au point de constituer une véritable orthopnée, est un phénomène important, puisque, dans la moitié des cas que j'analyse, ce fut le seul symptôme local qui marquât le début de la pneumonie. Si la dyspnée et l'oppression se déclarent chez des malades qui, antérieurement, ne souffraient pas des organes respiratoires ou circulatoires, comme ces symptômes surviennent en général brusquement, et qu'ils s'accompagnent d'une réaction fébrile plus ou moins forte, ils éveillent tout de suite l'attention du médecin. Il n'en est plus de même chez les individus qui sont affectés depuis longtemps de quelque maladie organique des viscères thoraciques, et du cœur en particulier; chez eux, en effet, il y a une oppression habituelle plus ou moins forte, et il arrive très-souvent que, si l'on ne tenait pas compte de l'état fébrile, on attribuerait aisément à la maladie première l'aggravation de la dyspnée, tandis que celle-ci reconnaît pour cause une complication inflammatoire du côté des poumons.

Dans quelques cas fort rares, on voit surtout chez les vieillards la toux et la dyspnée qui existaient antérieurement à la pneumonie comme symptôme d'un asthme ou d'un catarrhe ancien, diminuer et même cesser tout à fait au moment où la pneumonie se déclare; c'est ce que Hourmann et M. Dechambre ont vu à l'hospice de la Salpêtrière. Ce cas, quelque rare et exceptionnel qu'il soit, doit nous faire sentir encore plus la nécessité qu'il y a de ne jamais négliger l'exploration de la poitrine chez les vieillards, quelles que soient la nature et la forme des phénomènes morbides qu'on observe chez eux.

Une dyspnée forte, une accélération considérable des mouvements respiratoires est souvent encore le seul symptôme qui indique, dans le cas de morve ou de résorption purulente, que les poumons commencent à se phlogoser. Comme M. Andral (2), j'ai noté que, dans les fièvres graves, la pneumonie marque, le plus souvent, son début par une dyspnée plus ou moins considérable. Cependant il n'est pas rare de voir ces pneumonies consécutives survenir sans produire de dyspnée, ou du moins sans augmenter celle qui existait

(1) *Recherches anatomiques, pathologiques sur la phthisie.* Paris, 1843, p. 241.
(2) *Clinique médicale*, t. I, p. 516.

déjà. M. Louis (1) fait la même remarque, puisque, sans parler de dyspnée ou d'oppression, il signale le râle crépitant comme ayant été chez les malades le seul signe qui eût indiqué le début d'une pneumonie intercurrente ; aussi le médecin ne doit-il jamais oublier de pratiquer tous les jours l'auscultation et la percussion chez les individus dont je parle.

Chez quatre sujets atteints de maladies organiques arrivées à une période très-avancée, le début de la pneumonie qui accéléra le terme fatal fut marqué par une prostration subite, par la décomposition des traits et par un amaigrissement rapide. Ces phénomènes furent notamment observés sur une femme de cinquante-trois ans, affectée d'un cancer ulcéré de l'utérus. Cette malheureuse éprouvait des douleurs atroces, qu'on pouvait à peine calmer; quoique arrivée à une période avancée de la maladie, tout faisait présumer cependant qu'elle prolongerait encore de quelques semaines sa pénible existence; mais un matin, en approchant de son lit, je fus effrayé de la décomposition de ses traits, de l'amaigrissement vraiment extrême survenu depuis la veille ; elle n'accusait ni douleur de côté, ni dyspnée, et les souffrances atroces qu'elle endurait depuis plusieurs mois avaient même complétement cessé; l'intelligence était intacte, mais le pouls était un peu plus accéléré que la veille, et la chaleur plus élevée: vingt-huit heures plus tard, la malade avait cessé de vivre, et l'autopsie fit découvrir une hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon gauche. Il est à peu près certain que, lorsque je fus si frappé de l'altération des traits chez cette femme, la pneumonie ne datait guère que de quelques heures, car l'ayant vue la veille dans la soirée, elle ne présentait rien extérieurement qui fût insolite, elle était sans fièvre, et elle avait même dîné comme à son habitude.

Des phénomènes analogues se remarquent parfois au début des pneumonies qui affectent les déments paralytiques. M. Thore m'a dit avoir vu fréquemment à Bicêtre des aliénés en démence, qui, à la visite du matin, ne présentaient aucun symptôme nouveau indiquant l'invasion prochaine d'une maladie incidente, lorsque les revoyant quelques heures après, on les trouvait avec une dyspnée extrême et dans un état de prostration considérable; ces accidents marquaient souvent le début d'une pneumonie. Chez les maniaques, il n'est pas rare, dans les mêmes conditions, de voir l'agitation diminuer et le délire cesser même tout à fait; cette circonstance coïncidant avec l'apparition d'un état fébrile et une prostration en

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. II, p. 154.

général assez grande, sont souvent les seuls indices marquant l'invasion d'une pneumonie. Il importe d'être averti de ce début insidieux des inflammations pulmonaires, chez les individus affaiblis, chez les sujets atteints d'affections plus ou moins graves; aussi, lorsque chez eux on constate quelques phénomènes nouveaux, doit-on se hâter toujours d'en rechercher la cause. On ne négligera surtout jamais l'examen des organes thoraciques; car, ainsi que nous l'avons vu précédemment, l'inflammation des poumons est une des maladies incidentes les plus fréquentes et l'une de celles aussi dont l'invasion est la plus obscure.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE DE LA PNEUMONIE AIGUE.

La pneumonie une fois déclarée se traduit par un ensemble de symptômes que je vais exposer très-sommairement. Le malade accuse dans un des côtés de la poitrine une douleur dont l'intensité et l'étendue varient beaucoup; en même temps la respiration s'accélère, il y a de la dyspnée, le malade tousse et rejette une certaine quantité de crachats visqueux, aérés, demi-transparents, colorés en rouge, en jaune, en vert ; ailleurs ils sont plus ou moins noirâtres ; la percussion de la poitrine donne un son obscur, puis complétement mat au niveau des parties affectées, et l'auscultation y fait percevoir successivement un bruit respiratoire plus faible, puis une crépitation fine et sèche, plus tard un souffle tubaire avec un retentissement bronchophonique de la voix. A côté de ces phénomènes locaux on observe différents symptômes généraux et sympathiques du côté des principales fonctions ; le pouls s'accélère, la chaleur de la peau augmente, il y a une fièvre intense et continue; l'inappétence est complète, la soif est vive, l'urine est rouge, la tête douloureuse, la face plus ou moins injectée ; les forces sont abattues; le malade garde le lit, et affecte différentes positions subordonnées le plus souvent à l'intensité et au siége de la douleur pleurétique.

Ces symptômes et plusieurs autres encore se combinent entre eux de diverses manières; ils présentent de nombreuses différences suivant les individus, suivant les âges et chez le même sujet d'après

la période à laquelle la maladie est parvenue, et aussi suivant que la pneumonie est primitive ou secondaire, etc. Il importe beaucoup, pour établir le diagnostic et le pronostic, de connaître toutes ces nuances et de savoir les apprécier. Je vais donc examiner en détail et successivement chacun des symptômes de la pneumonie, que je diviserai en deux groupes. Dans le premier, je placerai tous les symptômes fournis par l'appareil respiratoire; dans le deuxième seront compris tous les phénomènes généraux sympathiques, tels que la fièvre, les troubles du côté des organes digestifs, de l'appareil de l'innervation, etc.

ARTICLE PREMIER.

SYMPTÔMES FOURNIS DANS LES PNEUMONIES PRIMITIVES PAR L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

§ 1er. — **Douleur de côté.**

Une douleur plus ou moins vive siégeant dans un des côtés de la poitrine est un symptôme qui accompagne presque constamment la pneumonie. Il résulte, en effet, de mes observations que, sur 301 malades affectés d'inflammation du poumon, la douleur de côté n'a manqué que chez 29, ou chez un dixième environ. On se rappelle que précédemment j'ai signalé ce symptôme comme marquant le début des pneumonies chez presque un cinquième de mes malades. Dans les cas où il ne survient que consécutivement à d'autres phénomènes morbides, il apparaît encore à une époque très-voisine du début. Ayant en effet déterminé avec précision sur 182 malades l'époque à laquelle le point de côté s'était déclaré, j'ai trouvé que chez 161 il était survenu dans les douze premières heures de la maladie. Quant aux 21 autres malades, il y en eut 17 qui ont ressenti le point de côté avant la fin du premier jour; chez 4 seulement ce symptôme n'apparut que du deuxième au quatrième jour, et fut précédé dans la moitié des cas par un frisson presque aussi intense que celui qui avait marqué le début de la maladie. Je n'ai pu expliquer par aucune circonstance extérieure ou appartenant à la maladie elle-même pourquoi la douleur de côté était survenue à des époques aussi variables. Les faits que j'ai recueillis n'ont point confirmé d'ailleurs l'opinion émise par Grimaud (1), savoir, que, dans les pneumonies franchement inflammatoires, ce ne serait que

(1) *Traité des fièvres*, t. II, p. 33.

deux ou trois heures après l'invasion du frisson que le point de côté commencerait à se faire sentir, tandis que dans les pneumonies catarrhales la douleur se déclarerait simultanément avec le frisson. Cela tiendrait-il à ce que dans un cas la phlegmasie, occupant les parties profondes, n'affecterait la plèvre que consécutivement, tandis que dans l'autre l'inflammation débutant par la superficie de l'organe, la plèvre serait envahie de prime abord? C'est là une question qui me paraît à peu près insoluble dans l'état actuel de nos connaissances.

La douleur, dont un des côtés de la poitrine est le siége dans les pneumonies, n'occupe pas toujours la même place. Le point où elle se fait sentir varie non-seulement suivant les divers individus, mais chez le même malade on la voit quelquefois occuper successivement diverses régions dans un court espace de temps.

Ainsi sur 174 malades la douleur de côté siége :

Au mamelon	89 fois.
A la base de la poitrine et au niveau de la 7e ou 6e côte, en procédant de bas en haut	39
Latéralement, à l'extrémité d'une ligne perpendiculaire au mamelon, mais à 10 ou 12 centimètres de cette éminence.	13
Sur toute la face antérieure et latérale	10
En dedans du mamelon et plus ou moins près du bord correspondant du sternum	6
A la partie postérieure et spécialement dans la fosse sous-épineuse	5
Dans l'un des hypochondres	4
Dans le fond de l'aisselle	2
Dans la région sus-mammaire	2
Dans le flanc	1
Dans les lombes	1
Dans la fosse sus-épineuse	1

Il suit de cet exposé que, dans les quatre septièmes des cas, la douleur se fait sentir au niveau ou au voisinage du mamelon. Mais quelle que soit la région que la douleur occupe, on la voit sur plus d'un tiers des malades se propager plus ou moins loin. C'est ainsi que celle qui siége à la région mammaire s'irradie tantôt vers la partie supérieure du thorax, tantôt vers la base, rarement à la face postérieure. La douleur, au contraire, qui occupe la base de la poitrine se propage dans le dos, sur une surface plus ou moins étendue.

J'ai recherché s'il y avait quelque rapport entre le siége de la douleur et le point du poumon que la phlegmasie occupait. Or, voici

ce que j'ai observé à cet égard. Sur près d'un cinquième de mes malades, la douleur correspondait exactement à la partie du poumon frappée d'inflammation, comme il était facile de s'en convaincre, à l'aide de l'auscultation et de la percussion. Chez un septième, la douleur occupait un point du thorax assez rapproché de celui de la pneumonie. Enfin, chez tous les autres, la portion du poumon phlogosée était éloignée du point où la douleur était perçue. Je n'ai vu aucun cas dans lequel la douleur occupât le côté de la poitrine opposé à la pneumonie. Des auteurs recommandables ont rapporté quelques faits pour établir cette possibilité; mais il est à craindre que ces médecins n'aient été souvent trompés, il existe en effet plusieurs causes d'erreur. J'ai soigné d'une pneumonie *gauche* un homme âgé de soixante-cinq ans, qui n'accusait aucune douleur dans le côté correspondant du thorax, tandis que la région mammaire *droite* était le siége d'élancements qui s'irradiaient vers les faces latérale et postérieure. Mais, en considérant la mobilité de la douleur, ses irrégularités, l'existence chez cet individu de souffrances analogues affectant les articulations, on était porté à regarder la douleur dont le côté droit de la poitrine était le siége plutôt comme l'effet de la diathèse rhumatismale que comme une conséquence de la pleuro-pneumonie qui affectait le côté opposé. Quelques-uns ont pu également être induits en erreur parce qu'ils auront quelquefois méconnu l'existence d'une pneumonie double, dans laquelle il n'y a généralement qu'un seul point de côté ; et alors celui-ci peut très-exceptionnellement siéger du côté où l'altération est la moins grave et la plus circonscrite. J'ai failli tomber dans l'erreur que je signale ici. Un homme de quarante-sept ans entra, le 11 février 1837, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, accusant quinze jours de simple malaise et huit jours de maladie déclarée. Depuis une semaine, il éprouvait de la fièvre, une vive douleur vers le mamelon *gauche*, et il rejetait des crachats rouillés. Lorsque je l'examinai, je constatai facilement l'existence d'une pneumonie arrivée au second degré et occupant la moitié supérieure de la fosse scapulaire *droite*. Dans une première exploration je ne découvris d'abord rien de morbide à gauche, et je commençais à penser que la douleur pleurétique que le malade éprouvait de ce côté pouvait bien être sympathique de la phlegmasie du poumon droit. Mais avant d'admettre comme réelle une pareille anomalie, je procédai à une nouvelle exploration ; je fis tousser fortement le malade, ce que j'avais négligé de faire la première fois, et je constatai aussitôt à la partie moyenne de la fosse scapulaire *gauche* une crépitation assez nombreuse, sèche, à bulles

un peu grosses, mais caractéristique d'une pneumonie qui céda au bout de quatre jours, ainsi que le point de côté, tandis que l'inflammation du poumon droit ne se termina favorablement que dix jours après. Dans ce fait remarquable, on doit rapporter la douleur du côté gauche à l'inflammation qui paraissait avoir envahi primitivement le poumon correspondant, et si la pneumonie droite, qui a été la plus étendue, ne s'est point accompagnée de douleur locale, cela tient sans doute à cette circonstance que je développerai plus tard, savoir, que dans la pneumonie double il n'y a, en général, qu'un seul point de côté, et que la douleur siége le plus communément dans le côté du thorax qui a été le premier envahi.

La douleur n'avait pas la même intensité chez tous les sujets, elle variait suivant les individus et suivant l'époque à laquelle la maladie était parvenue. Au début de la pneumonie, la douleur était vive, lancinante et pongitive chez plus de la moitié des malades (32 fois sur 59); elle s'accompagnait alors d'une anxiété et d'un sentiment d'oppression plus ou moins considérable. Chez 24 elle était d'une intensité médiocre, elle était contusive et semblait siéger plus profondément; enfin chez 3 malades, elle était tellement légère, qu'elle fixait à peine leur attention. Mais quelque faible que soit la douleur qui accompagne la pneumonie, on la voit s'exaspérer constamment, lorsque les malades toussent ou lorsqu'ils font une profonde inspiration. Si la douleur est très-vive, les malades s'efforcent de dilater leur poitrine le moins complétement possible et d'imprimer aux côtes les mouvements les plus bornés; dans les cas où une toux involontaire survient, ils tâchent également de la comprimer; ils font en sorte qu'elle retentisse le moins possible vers le point douloureux; leur figure exprime alors la souffrance et l'anxiété. En général, les malades n'accusent, indépendamment de la douleur, aucune autre sensation dans le côté du thorax. Sur 30 individus que j'ai interrogés à ce sujet, un seul se plaignait de ressentir dans tout le côté malade une sensation de chaleur assez incommode et qui paraissait siéger profondément.

Quels que soient l'étendue et le siége de la douleur, dans un grand nombre de cas on la voit s'exaspérer par la pression exercée sur les parois thoraciques. Sur 70 malades, j'en ai trouvé 39 chez lesquels une pression, même légère, augmentait les douleurs, souvent à un point tel, que les malades poussaient des cris et faisaient effort pour fuir; la pression devenait surtout douloureuse, lorsqu'on l'exerçait dans les espaces intercostaux; elle était également pénible lorsqu'on déprimait la côte un peu fortement vers la cavité

thoracique. Enfin, chez 31 la pression était nulle ; elle n'augmentait ni ne diminuait le point de côté.

Chez trois malades j'ai constaté l'existence simultanée de deux douleurs : l'une permanente, plus vive, siégeait soit au mamelon, soit à la base de la poitrine en avant ; l'autre n'était ressentie que pendant les secousses de la toux, et existait à la partie supérieure externe de la fosse scapulaire, ou vers l'angle inférieur de l'omoplate, au niveau de la partie du poumon qui était frappée de phlegmasie ; celle-ci était toujours exaspérée par la pression ; la première, au contraire, ne l'était pas. Ce n'est que dans des cas assez rares qu'on voit la douleur de côté augmenter par les mouvements du tronc, ou par ceux imprimés au membre supérieur correspondant ; je ne l'ai observé que chez onze malades. La douleur pleurétique peut présenter quelques différences suivant les formes que la pneumonie affecte. Ainsi Grimaud (1) a fait observer avec juste raison que, dans la pneumonie inflammatoire, la douleur était plus fixe, plus circonscrite et plus poignante, tandis qu'elle était au contraire vague, diffuse et plus étendue dans la forme catarrhale. Serait-il vrai aussi, comme le disait le même auteur, que dans la pneumonie qui se complique d'une affection des premières voies, la douleur serait également plus étendue, qu'elle serait également située plus inférieurement? C'est là un fait d'observation que je n'ai point vérifié.

L'âge des sujets apporte quelques modifications à la fréquence et à l'intensité de la douleur. Au-dessus de soixante ans, j'ai trouvé que le point de côté avait manqué plus souvent que dans la longue période comprise entre seize et soixante. C'est ce qui résulte aussi d'une analyse de cinquante observations recueillies par M. Durand-Fardel ; le symptôme dont je parle a fait défaut dix-neuf fois (2). Eu égard à l'intensité, la douleur pleurétique offre chez les vieillards les mêmes variations que chez l'adulte, et en proportion à peu près égale. Cependant elle est communément moins poignante chez les premiers. Hourmann et M. Dechambre (3), qui ont observé, il est vrai, sur des individus plus âgés que les miens, ont noté qu'à la Salpêtrière on n'observait, dans la majorité des cas, au lieu d'une douleur pongitive, qu'un endolorissement vague, soit dans tout le côté du thorax, soit même dans toute la poitrine, spécialement à la partie antérieure. Mais à l'époque où ces médecins ont rédigé leur

(1) *Traité des fièvres*, t. II, p. 33.
(2) *Maladies des vieillards*, p. 473.
(3) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 40.

travail, on ne distinguait pas assez la pneumonie franche de la forme catarrhale si commune chez les vieillards, et dans laquelle la douleur, en effet, est obtuse et souvent même fait complétement défaut.

Chez les très-jeunes enfants, il est impossible de s'assurer par leur propre témoignage s'ils éprouvent quelque douleur thoracique; cependant on peut parfois en constater l'existence par la palpation ou bien en percutant.

A un âge plus avancé, c'est-à-dire de trois à quinze ans, la douleur de côté, quoique plus fréquente que tantôt, paraît cependant l'être beaucoup moins que chez l'adulte, et elle serait aussi beaucoup moins vive. Cette dernière circonstance explique pourquoi chez les enfants qui expriment difficilement leurs sensations, la douleur de côté a paru manquer plus fréquemment, et cesser beaucoup plus tôt que chez les adultes et chez les vieillards. D'ailleurs, ce qui explique pourquoi la douleur de côté doit être plus rare chez les enfants à la mamelle, et même chez ceux compris entre deux et cinq ans, c'est que chez eux la pneumonie se complique de pleurésie beaucoup moins fréquemment que chez l'adulte. C'est en effet à une pleurésie concomitante et limitée le plus souvent à la portion du poumon phlogosé qu'il faut rapporter cette douleur vive, lancinante, poignante, qu'on observe dans la première période des pneumonies. Cependant doit-on admettre que la pneumonie simple et dégagée de toute complication ne détermine dans le côté malade qu'une sensation de gêne et de malaise, qu'une sorte de poids plus ou moins pénible, une chaleur incommode et profonde, plutôt qu'une véritable douleur? Cette opinion a été émise par une grande autorité (1). Mais quelques faits que j'ai recueillis m'empêchent de l'adopter d'une manière exclusive; je crois en effet que l'inflammation exactement limitée au tissu pulmonaire peut aussi exciter une douleur vive, lancinante, ayant le caractère des douleurs que j'ai précédemment décrites. J'ai vu des malades chez lesquels, après un frisson plus ou moins intense, étaient survenus une violente douleur dans le côté de la poitrine et des crachats caractéristiques : cependant l'auscultation et la percussion n'indiquaient nulle part de pneumonie; partout le son était normal, partout aussi le bruit respiratoire avait sa force et son moelleux. Il fallait bien ici reconnaître l'existence d'une pneumonie centrale; elle finissait constamment au bout de quelques jours par atteindre la surface, et elle se révélait alors par les phénomènes stéthoscopiques habituels. Dans ce cas, il est vrai, on pourrait objecter qu'il existait une pleurésie

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. III, p. 480.

concomitante profondément placée; il est permis, par exemple, de supposer que l'inflammation avait envahi la plèvre médiastine ou la plèvre interlobaire. C'est ce que je suis bien loin de contester. Je dirai néanmoins qu'ayant ouvert le cadavre d'un individu qui avait succombé à une pneumonie, je ne pus retrouver en aucun point le moindre vestige de pleurésie récente et cependant le malade avait accusé pendant la vie l'existence d'un violent point de côté. Il n'y avait nulle part, je le répète, ni épanchement, ni fausse membrane, ni rougeur; la séreuse avait son poli et sa consistance aussi bien sur la surface viscérale que sur les parois de la poitrine. Ce fait prouve donc que le poumon enflammé peut exciter, indépendamment de toute phlegmasie de la plèvre, une douleur vive; mais ajoutons tout de suite que la chose est infiniment rare, et que dans la presque totalité des cas, c'est bien à une inflammation concomitante de la plèvre qu'il faut rapporter le point de côté que les malades accusent. L'absence de toute douleur pleurétique ne devrait pas faire supposer pourtant que la plèvre est intacte, puisque, en effet, une pleurésie plus ou moins étendue existait à peu près indistinctement chez tous les sujets qui succombèrent, bien que chez eux la douleur de côté eût manqué complétement. L'ouverture des cadavres ne montre pas, en outre, qu'il y ait de rapport entre l'intensité ou le siége de la douleur et le plus ou moins d'étendue de la phlegmasie pleurale.

On a essayé depuis longtemps d'expliquer pourquoi la douleur se faisait plus spécialement sentir au niveau du mamelon ou à son voisinage. Beaucoup de médecins l'ont attribué au frottement plus grand, plus étendu que la plèvre éprouvait dans ce point, parce qu'ils supposaient que c'était à ce niveau que les côtes avaient leur plus grande mobilité; mais les expériences de Magendie et de M. Bouvier ont démontré combien cette opinion était erronée. M. Beau a cru plutôt que la douleur était l'effet d'une névrite intercostale siégeant dans le tiers postérieur du nerf, là où celui-ci est placé immédiatement sous la plèvre. Si la douleur n'est pas accusée sur le siége du mal, si elle retentit au loin, M. Beau l'explique par la propriété qu'ont les nerfs, quand ils sont enflammés ou contus, de faire éprouver la souffrance préférablement vers leur extrémité périphérique. Mais, s'il en était ainsi, et c'est d'ailleurs là ce que je conteste, comment se fait-il que la douleur de côté ne soit pas durable, qu'elle se calme, qu'elle cesse même très-promptement, que la terminaison de la maladie soit heureuse ou fatale; et cependant l'altération anatomique persisterait, puisqu'on la rencontrerait à l'ouverture des cadavres. Comment en pareil cas

accorder les symptômes et les lésions? Ce n'est point la marche que suit l'inflammation des cordons nerveux. Mais, à quoi bon discuter davantage, et faire ressortir toutes ces impossibilités? N'avons-nous pas dit, en traitant de l'anatomie pathologique, que les nerfs intercostaux n'étaient pas altérés dans la pleuro-pneumonie. Par conséquent, on ne saurait expliquer la douleur par une lésion qui n'a été que supposée. J'en conclus que la douleur pleurétique appartient bien à la plèvre, et qu'il n'existe encore aucune raison satisfaisante à donner pour expliquer pourquoi la douleur pleurétique est préférablement ressentie au mamelon; il est bien moins aisé de dire pourquoi, dans quelques cas, elle siége aux lombes, à l'épaule, etc.

La douleur de poitrine est un des symptômes qui s'amendent le plus vite dans la pneumonie, surtout si on l'attaque par des émissions sanguines locales. Il n'en est plus de même dans les cas où la maladie est abandonnée à elle même. Sur 36 individus, tous atteints de pneumonie grave, chez lesquels la douleur de côté avait entièrement cessé au moment où le traitement fut commencé, j'ai trouvé que celle-ci a commencé de diminuer spontanément du deuxième au troisième jour, à dater du début, chez 13 malades; sur 12, cette diminution survint du quatrième au sixième jour; chez 6, du sixième au septième; chez 5 autres, du huitième au neuvième. J'étudierai plus tard les modifications que la douleur éprouve quant à son intensité et à sa durée, sous l'influence des agents thérapeutiques; pour le moment, il me suffira d'indiquer que, chez tous les sujets qui succombèrent, la douleur diminua plus ou moins longtemps avant la mort, et que, chez plus de la moitié de ceux qui moururent après le douzième jour, la douleur avait complétement cessé.

§ 2. — **Accélération de la respiration, dyspnée.**

Chez presque tous les malades, les mouvements respiratoires augmentèrent de fréquence dès le début de l'affection. L'introduction de l'air dans la poitrine s'accompagne souvent aussi d'un sentiment de gêne plus ou moins douloureux. L'accélération de la respiration est un symptôme que je pourrais signaler comme constant, puisque je l'ai observé à des degrés variables chez tous les individus qui furent soumis à mon observation avant l'époque de la convalescence. J'ai rencontré aussi d'autres malades chez lesquels une pneumonie n'excitant qu'une faible réaction fébrile n'apporta également presque aucune gêne dans la respiration. Mais, à part

ces très-rares exceptions, on peut dire que les pneumonies, même très-limitées, rendent le besoin de respirer plus fréquent, et accélèrent, par conséquent, plus ou moins les mouvements respiratoires. Ce symptôme apparaît avec les premiers accidents qui marquent l'invasion de la maladie. C'est ainsi que, chez 6 individus que je pus examiner, quelques heures après le début des premiers symptômes, je constatai chez tous que la respiration était devenue plus fréquente, puisque le nombre des inspirations était de 22 à 36 par minute. A une époque plus avancée de la maladie, l'accélération de la respiration est plus grande encore; sur 91 malades qui entrèrent à l'hôpital du deuxième au sixième jour de la maladie, et chez lesquels aucun traitement actif n'avait encore été employé, il y en a 38 chez lesquels le nombre des respirations s'élevait de 30 à 40 par minute; chez 36, il variait entre 40 et 50; chez 9, il y en eut de 54 à 60; je n'ai trouvé que 8 malades, dont le nombre des inspirations, quoique plus considérable que dans l'état normal, ne dépassa pas cependant 20 par minute Il est assez rare, dans la pneumonie des adultes et dans les cas les plus graves seulement, de compter plus de 60 à 66 respirations par minute. Toutefois, chez deux malades, dont l'un a guéri, j'ai vu ce nombre s'élever jusqu'à 75 et 80. L'accélération des mouvements respiratoires, lorsqu'elle est aussi considérable, s'accompagne d'une grande anxiété; les malades, dans le décubitus dorsal, et la tête très-élevée, sont haletants; leur parole est brève, entrecoupée; ils se plaignent d'étouffer, et emploient toutes leurs forces, toute leur énergie musculaire pour respirer; il leur semble qu'une compression douloureuse s'oppose alors à la dilatation du thorax. L'air qu'ils respirent leur paraît en effet ne pas pénétrer au delà des premières ramifications bronchiques, toute inspiration profonde est absolument impossible; la poitrine se dilate tantôt par le mouvement d'ascension des côtes, tantôt celles-ci sont presque immobiles, et la respiration est alors tout à fait abdominale. Cette anxiété, cette dyspnée extrême, si voisine de la suffocation, ne se remarque presque jamais au début des pneumonies simples, légitimes; je ne l'ai jamais vue survenir avant la fin du premier septénaire; généralement elle se lie à l'existence d'une pneumonie très-étendue, et le plus souvent à celle d'une pneumonie double.

Le plus ordinairement, la gêne de la respiration est beaucoup moins considérable. Les malades, quoique respirant péniblement, peuvent cependant parler et se mouvoir encore dans leur lit. Quoique en général l'intensité de la dyspnée soit proportionnée à l'accélération des mouvements respiratoires, il n'y a pas cependant

entre ces deux phénomènes un rapport constant. J'ai trouvé 2 malades ayant 68 respirations par minute, et, chez eux, l'oppression, la dyspnée, quoique assez fortes, étaient néanmoins beaucoup moins prononcées que chez 4 autres individus chez lesquels pourtant on ne comptait que 44 à 48 inspirations. Enfin, il n'est pas rare de rencontrer des malades dont le nombre des respirations s'élève à 46, 50, et chez lesquels, cependant, la plupart des mouvements sont faciles; la parole est même assez libre; si on les interroge sur ce qu'ils éprouvent, ils affirment qu'ils ne sont point oppressés. J'ai observé beaucoup d'individus qui paraissaient n'avoir aucune conscience de la gêne avec laquelle leur respiration s'opérait. M. Andral a vu plusieurs faits semblables (1). J'ai rencontré 10 autres personnes chez lesquelles, bien que le nombre des respirations ne fût que de 24 ou 28, se plaignaient néanmoins d'oppression et d'un sentiment de gêne et de constriction très-pénibles.

Règle générale : la dyspnée et le nombre des inspirations sont en rapport avec l'étendue de la phlegmasie pulmonaire; il y a cependant, à cet égard, de nombreuses exceptions. Plusieurs de mes malades, en effet, ont succombé à des pneumonies doubles ou avec une hépatisation de tout un poumon, et cependant, chez eux, l'oppression avait été médiocre, et l'on n'avait jamais compté que 24, 28 ou 30 respirations par minute, tandis que, chez d'autres malades qui n'avaient que des pneumonies très-circonscrites, la dyspnée était extrême, et le nombre des inspirations dépassait 50 ou 60. Plusieurs faits de ce genre ont été vus par moi pendant l'épidémie de grippe qui régna à Paris en 1837. Quelquefois ce surcroît de dyspnée s'expliquait par une bronchite capillaire intercurrente; mais, le plus ordinairement, il n'y avait vers les plèvres, vers le poumon ou le cœur aucune complication qui pût en rendre compte. Doit-on alors attribuer, avec les pathologistes anglais, la dyspnée et l'accélération de la respiration à une excitation inflammatoire (*inflammatory excitement*) de tout le poumon (2). Ce serait faire une supposition qu'il nous serait impossible de justifier par aucune preuve anatomique ou symptomatique. Il faut ne voir ici que des différences résultant de dispositions individuelles tenant à une impressionnabilité qui n'est pas la même chez tous, à une idiosyncrasie dont la cause reste toujours inexplicable pour nous.

On croit assez généralement que la douleur plus ou moins vive qui, dans la plupart des pneumonies, occupe un des côtés de la poi-

(1) *Clinique médicale*, t. III, p. 481, 4e édit.

(2) Stokes, *Diseases of the chest*, p. 322.

trine, est une des causes de la dyspnée qu'on observe, et surtout de l'accélération des mouvements respiratoires. En effet, la douleur empêchant de dilater complétement le thorax, les malades ne font que des inspirations courtes, incomplètes, qu'ils sont forcés de renouveler plus souvent, afin de suppléer au petit volume d'air qu'ils introduisent chaque fois dans leurs poumons. Je pense cependant que, même dans les cas où la pneumonie s'accompagne d'un violent point de côté, c'est moins encore à celui-ci qu'à l'altération du poumon qu'il faut rapporter la dyspnée et le nombre plus grand des respirations. J'ai choisi 32 malades que j'ai divisés en deux groupes de 16 chacun, à peu près semblables sous le rapport de l'âge des individus et de la gravité de la pneumonie, mais différant entre eux par cette circonstance seulement que, dans l'une de ces catégories, les malades éprouvaient un violent point de côté, tandis que, dans l'autre, la douleur avait plus ou moins complétement manqué. Or, en comparant la dyspnée et la fréquence des respirations chez ces deux ordres de sujets, je n'ai trouvé aucune différence bien notable entre eux, comme on peut le voir par le tableau suivant :

FRÉQUENCE DE LA RESPIRATION.	MALADES AYANT EU UNE VIVE DOULEUR AU CÔTÉ.	MALADES N'AYANT POINT EU OU A PEINE DE DOULEUR DE CÔTÉ.
Il y a eu de 20 à 30 respirations par minute.....	Chez..... 2	Chez..... 2
De 30 à 40.....	Chez..... 5	Chez..... 4
De 40 à 50.....	Chez..... 7	Chez..... 8
De 50 à 60.....	Chez..... 2	Chez..... 2

On a dit également que le degré de la dyspnée variait selon le siége de la pneumonie. M. Bouillaud (1) croit que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la pneumonie du sommet donne lieu à une dyspnée plus forte que la pneumonie de la base. M. Andral a avancé la même opinion, mais avec plus de réserve (2); car plusieurs fois il a vu l'inflammation des lobes supérieurs exister sans dyspnée. Enfin Hourmann et M. Dechambre disent avoir également remarqué que la dyspnée extrême coïncidait le plus souvent avec une pneumonie du sommet, surtout du poumon gauche, tandis que

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.* en 15 vol., t. XIII, p. 368.
(2) *Clinique médicale*, t. III, p. 482, 4e édit.

l'absence complète de dyspnée avait lieu surtout dans la pneumonie du lobe inférieur (1). Malheureusement ces auteurs n'appuient leur opinion d'aucune preuve concluante, ils paraissent l'avoir exprimée plutôt d'après leur souvenir que par suite de l'analyse comparative d'un grand nombre de faits.

Pour résoudre cette question, ou du moins pour en éclairer la solution, j'ai choisi 44 individus placés dans des conditions d'âge et d'intensité de maladie à peu près analogues, et ne différant entre eux que par le siége de la pneumonie, qui occupait, dans la moitié des cas, le lobe supérieur, tandis que, chez les autres individus, c'était la moitié inférieure de l'organe qui était envahie. Or, en comparant la dyspnée et la fréquence des mouvements respiratoires dans ces deux catégories de malades, on ne trouve presque aucune différence, c'est ce que prouve le tableau suivant.

NOMBRE DES RESPIRATIONS.	DANS LES PNEUMONIES DE LA MOITIÉ SUPÉRIEURE.	DANS LES PNEUMONIES DE LA MOITIÉ INFÉRIEURE.
Il y a eu de 20 à 30 respirations par minute.....	Chez 4	Chez 3
De 30 à 40.....	Chez 7	Chez 8
De 40 à 50	Chez 9	Chez 9
De 50 à 52.....	Chez 2	Chez 2

J'ai également recherché si, dans les pneumonies qui se terminaient par la mort, la dyspnée et la fréquence des respirations étaient plus grandes dans l'inflammation du sommet que dans celle de la base. J'ai précisément observé le contraire. Ainsi, chez 6 individus qui succombèrent à une pneumonie bornée au lobe supérieur des poumons, la dyspnée fut médiocre, et le nombre des respirations ne dépassa jamais 44 ; tandis que, chez 6 autres sujets qui moururent avec une inflammation du lobe inférieur d'un des poumons, la dyspnée fut beaucoup plus intense que chez les premiers, les mouvements respiratoires s'élevèrent deux fois à 48, et, chez les 4 autres, à 52 et à 64. Il semble même, à priori, que l'inflammation des lobes inférieurs doive produire beaucoup plus de trouble dans les phénomènes respiratoires que la pneumonie des lobes supérieurs, par cela seul que les premiers sont plus volumineux que les seconds, car nous avons vu précédemment que la dyspnée et le nombre des respirations étaient proportionnées le plus souvent à

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 41.

l'étendue de l'altération. En général, les sujets qui ont succombé ont eu, terme moyen, 4 ou 5 respirations de plus que ceux qui ont guéri, différence tout à fait insignifiante.

Ce que je viens de dire de la dyspnée et de l'accélération des mouvements respiratoires s'applique aussi bien aux adultes qu'aux vieillards. Chez les enfants, surtout dans les deux premières années de la vie, la gêne et l'accélération de la respiration sont des symptômes bien importants, car on les observe pour peu que l'hépatisation occupe une certaine étendue. La fréquence de la respiration est beaucoup plus considérable dans le jeune âge que chez les adultes et chez les vieillards. Ainsi, rien de plus commun que de compter de 40 à 60 respirations et parfois davantage chez les enfants de six mois à deux ans. A un âge plus avancé, de cinq à dix ans, la fréquence de la respiration est moindre que précédemment, mais elle est plus considérable pourtant que chez l'adulte, puisque, en moyenne, elle s'élève au chiffre de 40 par minute.

Quel que soit l'âge des sujets, il est certaines conditions, telles qu'une grossesse avancée ou une vicieuse conformation du thorax, qui, indépendamment de l'étendue de la pneumonie, rendent la dyspnée plus forte et plus pénible. On conçoit en effet que lorsque l'abdomen est distendu par l'utérus, par un tumeur quelconque, ou par un épanchement liquide, la dyspnée soit toujours plus forte que chez d'autres individus sains dont la pneumonie n'offrirait pas une étendue plus considérable; car, chez les premiers, l'ampliation de la poitrine se fait plus difficilement dans son diamètre vertical. Un surcroît de dyspnée se remarque aussi chez les personnes dont le thorax est vicieusement conformé. Les bossus éprouvent une dyspnée habituelle, qui s'explique facilement par le volume moindre de leurs poumons, par la plus petite quantité d'air qu'ils contiennent, par la difficulté avec laquelle s'opère la dilatation du thorax, à cause du rapprochement et du changement de direction des côtes. On conçoit, d'après cela, qu'une pneumonie qui survient chez ces rachitiques, doit beaucoup aggraver la dyspnée habituelle qu'ils éprouvent, alors même que l'inflammation serait limitée à une petite portion du poumon.

§ 3. — Toux.

La plupart des malades ont commencé à tousser dès le début de la maladie. Sur 90 individus chez lesquels la pneumonie est survenue au milieu d'une santé parfaite, sans être précédée de bronchite aiguë ou chronique, la toux a commencé, chez 80 d'entre

eux, dans les douze premières heures ; 6 ont toussé pour la première fois à la fin du premier jour, et 4 à la fin du deuxième. En général, le point de côté et la toux sont deux symptômes qui s'excitent l'un l'autre, et qui se suivent de très-près. Beaucoup de malades, en effet, éprouvant le besoin de tousser, s'aperçoivent qu'ils souffrent dans un des côtés de la poitrine ; d'autres, au contraire, ressentant d'abord le point de côté et forcés de respirer de temps en temps un peu plus profondément, sont arrêtés par la vivacité de la douleur, et cette circonstance éveille en même temps le besoin de tousser. Après avoir fixé avec soin le début de la toux, j'ai négligé, dans la plupart de mes observations, de décrire ses caractères, sa fréquence, son intensité comparative le jour et la nuit ; aussi, lorsque j'ai voulu analyser ce symptôme, je n'ai guère trouvé que trente observations sur l'exactitude desquelles je pouvais compter, et qui seules ont dû me servir pour cette étude. Sur ces 30 malades, il y en a 23 chez lesquels la toux avait une fréquence médiocre, se répétant à des intervalles plus ou moins éloignés ; elle ne constituait pas par elle-même un symptôme fort incommode, elle était néanmoins pénible pour la plupart des malades, chez lesquels elle réveillait la douleur pleurétique. Chez sept individus, les secousses de la toux, plus rapprochées que dans les cas précédents, se répétaient rapidement un grand nombre de fois sous forme de quintes, ordinairement suivies d'expectoration. Il est rare que celles-ci soient aussi fréquentes, aussi pénibles qu'elles le sont dans le catarrhe pulmonaire ; elles ne m'ont pas paru, comme celles qui appartiennent à cette dernière affection, augmenter le soir ou pendant la nuit, à l'exception pourtant d'un malade chez lequel elles furent tellement opiniâtres, que, pendant trois nuits consécutives, elles empêchèrent le sommeil complétement. Il est très-rare aussi de voir les quintes de toux de la pneumonie produire, dans la poitrine, derrière le sternum et dans la direction des bronches des douleurs vives, brûlantes, parfois déchirantes, à moins qu'il n'y ait en même temps une bronchite intense, c'est ce que j'ai constaté chez quelques malades.

Le siége de la pneumonie ne m'a pas semblé exercer d'influence sur la fréquence de la toux ; celle-ci, en effet, a existé avec quintes aussi souvent dans les pneumonies de la base que dans celles du sommet. Elle m'a paru être aussi d'autant plus fréquente que la phlegmasie pulmonaire était elle-même plus étendue. Il y a pourtant d'assez nombreuses exceptions ; c'est ainsi qu'elle n'a guère été plus fréquente ni plus pénible chez les sujets affectés d'une pneumonie double que chez ceux qui n'ont eu qu'une pneumonie circon-

scrite à l'un des côtés. Celui de mes malades qui a éprouvé la toux la plus incommode, puisqu'elle a rendu le sommeil impossible pendant trois nuits consécutives, n'avait pourtant qu'une pneumonie limitée à une étendue de 9 à 10 centimètres de la fosse scapulaire.

Il est rare même, lorsque la maladie se termine promptement par la mort, que la toux persiste avec la même intensité jusqu'au terme fatal. Dans la plupart des cas, c'est-à-dire 10 fois sur 12, ce symptôme diminue dans les derniers jours, et il peut même cesser tout à fait. L'âge avancé des sujets semble aussi rendre la toux moins fréquente ; c'est ainsi que, parmi les sept malades chez lesquels la toux fut pénible et par quintes plus ou moins rapprochées, aucun n'avait dépassé cinquante-cinq ans. J'ai vu deux vieillards de soixante-douze ans, chez lesquels on aurait pu croire que ce symptôme manquait complétement ; ils disaient, en effet, ne pas tousser du tout, mais on apprenait, par le rapport de leurs voisins et des personnes de service, qu'ils éprouvaient trois ou quatre fois par jour quelques secousses de toux obscure, qui n'était suivie d'aucune expectoration. Hourmann et M. Dechambre (1) ont noté cette circonstance assez fréquemment chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

Chez les très-jeunes enfants, la toux est un symptôme constant ; Valleix (2) ne l'a jamais vue manquer dans toutes les pneumonies simples qu'il a observées chez le nouveau-né. Elle n'était pas très-fréquente ; elle était toujours grasse et ne persista pas jusqu'à la mort. Valleix a observé que la toux survenait le plus souvent après la dyspnée. Toutefois, M. Vernois (3) l'a notée comme ayant été le premier phénomène morbide chez 22 enfants à la mamelle, tandis que l'oppression n'a été que consécutive à ce symptôme. Chez les enfants plus âgés, la toux est non moins constante, et précède parfois de plusieurs jours les autres phénomènes morbides. En général pourtant, la toux est, avec la fièvre et la dyspnée, un des symptômes qui marquent le début de la maladie. Rare d'abord, elle augmente de fréquence à mesure que la phlegmasie gagne en surface. Mais lorsque les forces diminuent, et que les malades touchent à leur dernière heure, la toux diminue communément ou cesse même tout à fait.

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 42.

(2) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 117.

(3) Même ouvrage, p. 118.

§ 4. — Expectoration.

Les médecins de tous les âges, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ont insisté, avec juste raison, sur les caractères particuliers offerts par la matière expectorée chez les sujets affectés de pneumonie. C'était, en effet, le plus souvent d'après cette inspection seule que les anciens établissaient le diagnostic de la pneumonie, le plus grand nombre cependant, ainsi que je l'ai déjà exposé, ont considéré l'expectoration que nous allons étudier comme commune à la pneumonie et à la pleurésie.

Les crachats qu'on observe dans la pneumonie offrent différents degrés de coloration et de consistance. Ceux qui sont rejetés dans la première période de la maladie sont souvent rouges, sanguinolents; en les examinant avec attention, on voit qu'ils sont tenaces et visqueux : ils adhèrent aux parois du vase, ils contiennent de petites bulles d'air et doivent manifestement leur coloration à du sang incomplétement combiné avec du mucus. En raison de leur coloration d'un rouge foncé, ces crachats ont été comparés à de la *brique pilée*. A mesure que la maladie fait des progrès, soit que la combinaison du sang et du mucus devienne de plus en plus intime et complète, soit que la quantité de sang exhalée soit moins considérable, la couleur rouge des crachats diminue; de vive qu'elle était, elle devient plus obscure, elle prend une teinte qu'on a, avec beaucoup de raison, comparée à celle de la *rouille;* puis, par suite d'une autre transformation, les crachats cessant d'être rouges, prennent une couleur jaunâtre dont la nuance varie. Dans un premier degré, les matières expectorées offrent exactement la coloration jaune de l'écorce fraîche d'une orange parvenue à une maturité parfaite; dans un deuxième degré, les crachats complétement jaunes ont la plus grande ressemblance avec de la marmelade d'abricot; d'autres se rapprochent davantage de la couleur du sucre d'orge; enfin, il y en a dont la teinte jaune-citron plus claire semble avoir été produite par une très-légère infusion de safran. Chez quelques malades, la couleur jaune, au lieu d'être uniforme, égale partout, se mêle à une teinte légèrement verdâtre, comme si une certaine quantité de bile avait été mélangée avec le mucus; bientôt cette coloration, allant sans cesse en augmentant, finit par dominer, et alors le crachat peut offrir une couleur verte dont la teinte varie depuis le vert tendre jusqu'au vert porracé. Après la couleur verte, les crachats deviennent en général blancs, opaques,

et ressemblent plus ou moins à l'expectoration des catarrhes pulmonaires aigus.

Les variétés de crachats dont je viens de parler, et qu'on peut observer concurremment chez le même malade, présentent, indépendamment de leur coloration, plusieurs autres propriétés physiques fort importantes à connaître. Ce qui frappe le plus après leur couleur, c'est, sans contredit, leur consistance et leur viscosité. Les uns sont épais et assez semblables à de la gélatine ; ils adhèrent si intimement au fond du vase qui les contient, qu'on peut incliner et renverser celui-ci tout à fait sans même les déplacer. D'autres fois leur consistance est moindre; leur viscosité n'est pas assez considérable pour les faire adhérer aussi intimement que les précédents aux parois du vase ; mais ils ressemblent davantage à de l'albumine; ils forment alors une masse presque homogène qui, lorsqu'on incline le crachoir, roule tout d'une pièce, et laisse parfaitement nettes et presque sèches les portions du vase qu'elle abandonne. Les crachats *rouillés*, *marmelade d'abricot* et *sucre d'orge* sont ceux qui ont généralement le plus de consistance et de viscosité.

Ces différentes espèces de crachats, et surtout ceux qui sont jaunes, examinés dans un jour convenable, ont une demi-transparence ; quelques-uns même, mais c'est le plus petit nombre, sont tout à fait transparents; en les regardant de très-près, on peut se convaincre aussi qu'ils sont aérés, qu'ils sont parsemés de petites bulles d'air dont le nombre et la ténuité sont généralement en rapport assez exact avec leur viscosité.

Les crachats que nous venons d'étudier ne sont pas les seuls qu'on observe dans la pneumonie; il est, en effet, des individus qui expectorent une matière liquide, séreuse, d'une couleur rougeâtre obscure, quelquefois brunâtre et même noire, ressemblant assez exactement à du *jus de réglisse* ou *de pruneaux*, et reconverte parfois d'une spume blanchâtre qu'on écarte facilement en soufflant dessus. Chez d'autres malades, la matière expectorée ayant également perdu toute sa ténacité, se rapproche assez, par sa consistance et sa couleur très-légèrement jaunâtre, d'une solution un peu concentrée de gomme arabique. Ces crachats ont aussi une certaine viscosité, ils sont très-coulants, et parfois ils contiennent beaucoup de bulles d'air.

La quantité des crachats pneumoniques varie beaucoup. Tantôt il n'en existe qu'un ; quelquefois même il n'y a que la moitié ou le tiers d'un crachat qui présente la coloration, la viscosité et les autres propriétés de l'expectoration pneumonique. Dans la plupart des cas

de pneumonies franches, on peut évaluer approximativement à 64 grammes la quantité de crachats jaunes ou rouillés que les malades rendent dans les vingt-quatre heures. M. Bouillaud estime cette quantité, terme moyen, à une palette et demie (1); cette évaluation est peut-être un peu trop forte ; toutefois nous manquons encore à ce sujet de données positives. Ayant toujours noté assez vaguement la quantité des matières expectorées, je suis obligé de parler en ce moment plutôt d'après mes souvenirs, que d'après l'analyse de mes observations.

Les anciens médecins attribuaient la couleur jaune et verte des crachats de la pneumonie à la présence de la bile; mais J. Val. Hildenbrand (2) a, l'un des premiers, démontré que cette coloration jaune était produite par le sang intimement mélangé au mucus. C'est avec raison que le célèbre professeur de Vienne regarde ces crachats comme étant le produit d'une sécrétion morbide avec mélange de particules sanguines très-homogènes ; ce qui précède le prouve en effet ; car en suivant la description que j'ai faite des diverses colorations des crachats et de leur transformation, on a vu que, d'abord sanguinolents, ils devenaient ensuite tour à tour rouge-orange, jaunes, jaunâtres, puis verts, à mesure que le sang, exhalé en quantité moins considérable, se combinait plus exactement avec le mucus.

M. le professeur Andral (3) a trouvé également que, si l'on mêle à de l'eau pure, rendue visqueuse par l'addition d'un mucilage, un peu de sang dont on augmente la proportion, on peut reproduire les diverses colorations dont j'ai parlé plus haut. J'ai répété cette expérience plusieurs fois ; j'ai pu imiter ainsi plus ou moins exactement la couleur rouillée et même rouge-orange, mais je ne suis jamais parvenu à reproduire la couleur franchement jaune, et moins encore la couleur verte.

Les crachats séreux et noirs, que nous avons comparés à du jus de réglisse et de pruneaux, sont bien évidemment formés par du sang presque pur et profondément altéré. Tous ceux que j'ai observés provenaient certainement des bronches; les sujets d'ailleurs n'étaient point scorbutiques. J'insiste sur ce fait, parce que Laennec (4) a dit n'avoir observé l'expectoration jus de pruneaux

(1) *Dictionn. de médecine et de chir. prat.*, t. XIII, p. 391.

(2) *Médecine pratique*, t. I, p. 93, traduit par A. Gauthier. Paris, 1828.

(3) *Essai sur l'expectoration et les crachats*, thèse de 1821, et *Clinique médicale*, t. III, p. 502.

(4) Tome I, p. 539, 4e édition.

que chez des sujets dont les gencives étaient habituellement ramollies, et laissaient de temps en temps suinter du sang. Mais dans les cas où ce liquide est exhalé par les gencives, il est noir, en grumeaux, il est peu abondant; parfois il est fétide et diffère ainsi de celui qui provient des bronches, car ce dernier est séreux, abondant, homogène et recouvert souvent d'une spume blanche ou rougeâtre.

Un observateur distingué, le docteur Remak (de Berlin), examinant de plus près l'expectoration des individus atteints de pneumonie, a reconnu, dans les crachats rendus du deuxième au septième jour de la maladie, des filaments fibrineux, assez denses, ramifiés à peu près comme le sont les subdivisions bronchiques. Ces productions fibrineuses apparaîtraient à l'époque de la maladie où la crépitation est la plus marquée; mais on ne les trouverait bien organisées que lorsqu'au râle crépitant a succédé le souffle bronchique, c'est-à-dire lorsque l'hépatisation est complète. Pour le docteur Remak, cette exsudation serait de nature fibrineuse. Afin de découvrir les concrétions dont je parle, on a dit de verser dans un vase rempli d'eau les matières expectorées; mais on ne peut découvrir de cette façon que celles qui sont d'une longueur et d'une épaisseur déjà notables, et qui ne sont pas emprisonnées par les mucosités; celles-ci peuvent être visibles à l'œil. Il n'en est plus de même lorsque les concrétions sont plus ténues; dans le cas où elles se sont pelotonnées entre elles, on ne parvient à les découvrir qu'en versant les matières expectorées dans un vase plat rempli d'eau, et surtout dans un vase de couleur foncée. On peut aussi y parvenir en étalant quelques-uns des grumeaux dans lesquels on soupçonne des concrétions sur une lame de verre teinte en noir. Il est parfois nécessaire de laisser longtemps dans l'eau les matières expectorées, et, lors même qu'on a l'habitude de trouver ces concrétions, il ne faut pas oublier qu'elles échappent souvent à des recherches superficielles (1). Tels sont les résultats indiqués par le médecin de Berlin. Nous n'hésitons pas à les accepter; seulement je ne saurais admettre que ces concrétions fibrineuses soient un produit d'exhalation; je les crois plutôt constituées par le sang qui, au début de la phlegmasie, s'est épanché dans les vésicules pulmonaires. Nous avons vu qu'une partie de ce fluide, que la matière colorante surtout, mêlée intimement au mucus en proportion variable, donnait lieu à ces colorations diverses que présentent les crachats pneumoniques; or, c'est la fibrine de ce sang épanché qui,

(1) Extrait des *Archives générales de médec.*, 4e série, t. X, p. 77, année 1846.

en se concrétant, doit produire dans les bronches les ramifications si bien étudiées par le docteur Remak. Ceci constitue donc, en quelque sorte, l'état normal, et l'on a eu tort de considérer les concrétions dont il s'agit comme formant le caractère anatomique d'une pneumonie qu'on a nommée *fibrineuse* (1). Sous cette dénomination, on a confondu, d'ailleurs, des choses fort différentes. On a donné, en effet, le même nom et à des pneumonies franches et à ces bronchites pseudo-membraneuses qui, compliquées ou non de phlegmasie du parenchyme, constituent une maladie essentiellement distincte. Ici la concrétion est bien dûment le résultat d'une sécrétion morbide; tandis que dans les pneumonies franches, les concrétions des bronches ne sont rien autre que du sang épanché qui s'est concrété et s'est plus ou moins complétement décoloré, aussi ces productions ne sont presque jamais canaliculées, comme le sont communément les concrétions de la bronchite pseudo-membraneuse, du moins dans les divisions principales, sinon dans les ramifications les plus ténues. Si les premières sont pour la plupart grisâtres ou décolorées, il n'est pas rare d'en trouver qui sont encore noirâtres et plus ou moins mélangées à des globules sanguins, preuve nouvelle en faveur du mode de formation que je leur donne. M. Gubler, qui est arrivé à la même conclusion que moi dans une communication faite, il y a quelques années, à la Société médicale des hôpitaux (2), dit qu'à l'examen microscopique on trouve dans les concrétions signalées par M Remak non-seulement un réseau fibrineux, mais aussi de la fibrine granuleuse et des globules sanguins parfois à peine altérés, lorsque la concrétion paraît s'être récemment formée dans l'arbre aérien. Mais bientôt les globules sanguins s'altèrent et l'on voit les caillots bronchiques subissant rapidement les transformations par lesquelles passent les coagulations sanguines dans les veines, finir par se désagréger lorsque la résolution arrive ou bien lorsque la maladie passe au troisième degré. Dans ce dernier cas, les concrétions deviennent méconnaissables au milieu du muco-pus qui les pénètre. M. Gubler note encore à la surface de ces concrétions des cellules d'épithélium cylindriques à cils vibratiles dont la présence, dit-il, ne permet guère de douter que la membrane muqueuse ne soit saine au moment de la coagulation, ce qui éloigne encore l'idée d'une exsudation plastique due à un travail inflammatoire local. De son

(1) Cadiot, *Thèses de Paris*, année 1855, n° 111.

(2) *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 4e série, n° 1, p. 3, ou *Union médicale*, année 1858.

côté, M. le professeur Küss (1), examinant une concrétion d'aspect croupal ramifiée dans les bronches d'un individu mort de pneumonie, signale au niveau de cette concrétion qui était pleine, non canaliculée, l'épithélium vibratile de la muqueuse parfaitement intact, preuve certaine qu'il n'y a pas eu ici inflammation des bronches; il en est tout autrement dans les véritables concrétions croupales. M. Küss croit à une exhalation morbide, qui se serait effectuée sans l'intervention d'un travail inflammatoire; mais il n'a pas eu la pensée d'attribuer, comme moi, la concrétion à un épanchement sanguin, quoique cependant il ait noté lui-même qu'elle *ressemblait exactement* aux masses fibrineuses qui se forment parfois dans les gros vaisseaux.

Les crachats pneumoniques, surtout à une période avancée de la maladie, contiennent-ils du sucre aisément appréciable par le réactif de Trommer, c'est ce qu'on a dit, c'est ce qu'affirme encore le docteur Walshe (2), mais c'est là un fait que je n'ai pu encore vérifier.

Chez presque tous mes malades j'ai essayé de déterminer exactement l'époque à laquelle les crachats commencèrent à devenir plus ou moins colorés; mais chez un grand nombre je n'ai pu le préciser, car entrant à l'hôpital à une période déjà éloignée du début, souvent ils n'avaient fait aucune attention à la nature des crachats qu'ils avaient rejetés. Toutefois, chez 131 d'entre eux, que j'ai observés à une époque voisine du début, ou qui ont pu me donner des renseignements précis sur les caractères de la matière expectorée depuis l'origine de la maladie, j'ai pu déterminer assez exactement pour eux le moment où l'expectoration a commencé à devenir pneumonique; or, sur 131 malades, les crachats caractéristiques ont été observés pour la première fois :

Chez	45	le premier jour.
	31	le deuxième.
	14	le troisième.
	14	le quatrième.
	11	le cinquième.
	6	le sixième.
	5	le septième.
	2	le huitième.
	2	le onzième.
	1	le douzième.

(1) Dans la thèse de M. Cadiot, année 1855, n° 111, et *Gazette médicale de Strasbourg*, décembre 1853.

(2) *Diseases of the Lungs*, 3e édit., p. 367.

Il résulte de ce tableau que, chez le plus grand nombre des malades, les crachats caractéristiques de la pneumonie se montrent dans les deux premiers jours de la maladie; qu'ils ont d'autant moins de tendance à paraître que la maladie est arrivée à une période plus éloignée du début; qu'après le septième jour, enfin, il est assez rare de les voir pour la première fois, à moins pourtant qu'il n'y ait une recrudescence dans la maladie.

Il était également intéressant de rechercher si l'on observait indistinctement au début de la pneumonie les différentes espèces de crachats que j'ai précédemment décrites. Or, sur 66 malades chez lesquels le caractère de l'expectoration a été bien déterminé dès le moment où elle a paru pour la première fois, il y en a :

35 chez lesquels les crachats furent d'abord rouillés;

25 chez lesquels ils furent jaune-abricot ou sucre d'orge;

6 chez lesquels ils furent sanguinolents.

En sorte qu'il faut admettre que les crachats rouillés sont ceux qui sont le plus souvent primitifs. On les voit, après une durée qui varie entre un et plusieurs jours, se transformer successivement et parfois brusquement en crachats jaunes; tandis qu'il est rare de voir les crachats primitivement jaunes devenir ensuite couleur de rouille. Je dis que cette dernière transformation est assez rare, puisque je ne l'ai observée que sur un dixième des malades. Lorsque les crachats ont été primitivement sanguinolents, je les ai vus être remplacés constamment et en proportion à peu près égale, soit par une expectoration rouillée, soit par une expectoration franchement jaunâtre. La couleur verte a toujours été consécutive aux autres colorations, surtout aux colorations rouillée et abricot. J'ai observé des crachats plus ou moins verts chez 15 malades, tous parvenus entre le quatrième et le dixième jour de leur maladie, le plus grand nombre n'avait pas dépassé le sixième ou le septième; après avoir persisté pendant un, deux et, le plus souvent, trois jours, les crachats verts ont été remplacés par une expectoration blanche plus ou moins visqueuse et opaque. Les crachats *jus de réglisse* ou *de pruneaux* me semblent, comme les crachats verts, être généralement consécutifs.

La durée des crachats caractéristiques, considérée indépendamment des divers traitements employés contre la pneumonie, est assez variable. Les crachats sanguinolents ont duré de deux à trois jours; les crachats rouillés de un à douze; en moyenne, cinq jours. Les crachats primitivement jaunes, ont persisté avec des nuances diverses de deux à neuf jours, terme moyen, quatre jours; leur durée a été plus courte lorsqu'ils étaient consécutifs aux crachats

sanguinolents ou rouillés, puisqu'elle a été moindre de trois jours. Chez tous les malades qui ont guéri, et cela sans aucune exception, les crachats muqueux ou séro-muqueux ont succédé à l'expectoration colorée. En général, ces crachats, quoique blancs ou opaques, étaient encore plus ou moins visqueux; la viscosité est, en effet, la qualité qui persiste le plus longtemps. Ces crachats sont souvent aussi très-aérés; toutefois, l'aération est un caractère lui-même inconstant, qui cesse et reparaît plusieurs fois.

En général, l'expectoration muqueuse ou catarrhale persiste pendant un temps assez long. Si, en effet, on interroge les malades avec soin, on se convaincra que la plupart toussent et crachent encore plus ou moins au moment où ils quittent l'hôpital. Sur 24 individus que j'ai pu observer jusqu'à la cessation complète de ces symptômes, il y en a 10 chez lesquels l'expectoration a cessé au milieu ou à la fin du deuxième septénaire; chez 6, elle a persisté jusqu'au troisième; chez 6 autres, jusqu'à la fin du quatrième; et chez 2, jusqu'au cinquième. Les saisons et le siége de la pneumonie ne m'ont paru exercer aucune influence bien notable sur la durée de l'expectoration. Parmi ces 24 malades, aucun n'avait dépassé quarante ans, de telle sorte que je n'ai pu rechercher si l'âge apportait aussi quelque modification. Enfin, par une bizarrerie assez singulière, les pneumonies qui ont été précédées par une bronchite aiguë sont précisément celles dans lesquelles la toux et l'expectoration ont cessé le plus vite.

Lorsque les malades succombent aux progrès de la pneumonie, l'expectoration éprouve des modifications importantes. On voit généralement les crachats perdant peu à peu leur couleur rouillée ou jaune, devenir muqueux, blancs, opaques ou d'un gris sale. Ils sont très-souvent visqueux, filants, et c'est avec peine et après de grands efforts que les malades parviennent à les expulser. C'est surtout dans les derniers jours de l'existence que l'on observe les crachats séreux, rougeâtres, jus de pruneaux, dont j'ai parlé précédemment. Dans la plupart des cas, la quantité des crachats diminue ou même se supprime tout à fait à mesure qu'on approche du terme fatal. Sur 22 malades qui ont succombé, j'ai vu 9 fois l'excrétion des crachats être suspendue dans les vingt-quatre ou quarante-huit dernières heures; chez 1 sujet, j'ai vu cette suppression avoir lieu dans les cinq derniers jours; 6 de ces individus étaient affectés d'une hépatisation grise du lobe supérieur.

Anomalies dans l'expectoration. — Les crachats pneumoniques qui sont habituellement un des premiers signes de la maladie peuvent manquer tout à fait ou apparaître très-tardivement. Chez

20 malades, l'expectoration est restée, pendant toute la durée de l'affection, blanche, opaque et catarrhale, que l'issue ait été heureuse ou funeste. C'est surtout pendant certaines constitutions médicales qu'on observe cette anomalie; c'est ainsi que, dans l'épidémie de grippe de 1837 et pendant les mois qui la suivirent, j'ai vu à l'Hôtel-Dieu 14 pneumonies dans toute la durée desquelles les crachats restèrent parfaitement blancs ou opaques, à aucune époque ils n'ont affecté de teinte jaune, rouillée, verte ou noire.

Une autre anomalie de l'expectoration consiste dans l'absence des crachats; j'ai vu 14 malades qui paraissaient n'avoir jamais craché à aucune époque de la maladie. La plupart étaient compris entre quinze et trente ans, les autres entre quarante et cinquante. Chez 5, la pneumonie occupait la base, chez 2 la partie moyenne, chez 7 le sommet. Ce résultat et celui que j'ai précédemment obtenu, viendraient confirmer l'opinion émise par M. Bouillaud (1), à savoir : que l'expectoration manquerait plus souvent dans la pneumonie du sommet que dans celle qui affecte les autres lobes. Ce fait une fois admis, nous ne pourrions pourtant accepter l'explication que M. Bouillaud en a donnée ; elle me semble être en effet en opposition avec les lois de la physique. « Il est certain, dit mon éminent collègue, que l'expectoration ne peut s'opérer que sous l'influence de mouvements et de secousses pendant lesquels les matières contenues dans les vésicules bronchiques sont détachées. Or, ces mouvements et ces secousses ont beaucoup moins de prise sur le sommet que sur les lobes inférieurs. » A cela on peut objecter que le poumon remplissant exactement la poitrine, toute secousse, tout effort de compression doit agir également sur la masse entière; d'ailleurs, les mucosités sécrétées par le lobe supérieur peuvent avoir plus de facilité à se rendre dans les grosses bronches, étant favorisées dans leur marche par l'action de la pesanteur.

J'ai vu, depuis la publication de ma première édition, dans quelques cas fort rares d'ailleurs, les crachats pneumoniques n'apparaître pour la *première fois* qu'à une période très-éloignée du début, au moment même où une grande amélioration survenait dans les symptômes généraux et dans l'état local. On aurait pu les regarder comme étant un phénomène critique, d'autant mieux que cette expectoration était très-éphémère, puisqu'elle cessait au bout de quelques heures pour ne plus reparaître. Il est probable que ces

(1) *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, t. XIII, p. 391.

crachats, qui toujours alors furent peu abondants, provenaient de la partie du poumon envahie la dernière et dans laquelle le mouvement phlegmasique s'était presque aussitôt arrêté.

L'expectoration que nous venons d'étudier chez les adultes éprouve quelques modifications chez les vieillards et chez les enfants. Au delà de soixante et dix ans, les crachats manquent parfois complétement : la pneumonie est *sèche*. Dans les cas plus communs où cette exhalation a lieu, elle est tantôt purement catarrhale, et lorsqu'elle a une apparence pneumonique, les caractères en sont moins tranchés que chez l'adulte. Ainsi la coloration rouge ou jaune des crachats est généralement moins accusée chez le vieillard, elle n'existe souvent que par places, elle est moins uniforme et elle persiste moins longtemps. D'autres observateurs ont noté les mêmes différences : ainsi Hourmann et M. Dechambre, sur 61 cas de pneumonies recueillies chez des vieilles femmes, n'ont rencontré les crachats sanguinolents que 17 fois (1); plus récemment, M. Durand-Fardel ne les a constatés que 18 fois sur 50 (2).

Chez les enfants à la mamelle, il n'y a point d'expectoration comparable à celle qu'on observe dans la pneumonie des adultes et des vieillards. Valleix dit avoir fréquemment observé chez les nouveau-nés atteints d'hépatisation pulmonaire, une écume blanche légèrement sanguinolente, épaisse et visqueuse, sortir de la bouche des petits malades, s'accumuler sur leurs lèvres et couler sur leur oreiller (3). M. Vernois ayant recherché le même phénomène chez 22 enfants atteints de pneumonie, l'a trouvé chez 18 d'entre eux. Mais ce phénomène ne me paraît pas avoir l'importance qu'on lui a attribuée, je ne l'ai jamais constaté dans les nombreuses pneumonies que j'ai observées pendant cinq ans à l'hôpital Saint-Antoine, dans une salle consacrée aux maladies des nouveau-nés. MM. Bouchut (4), Rilliet et Barthez (5) n'ont pas été plus heureux.

Chez les enfants plus âgés, par exemple de deux à cinq ans, il n'y a pas non plus d'expectoration caractéristique; si par hasard quelques-uns crachent, ils ne rejettent guère que des mucosités plus ou moins teintes de sang, mais elles ne présentent point la coloration rouillée si commune dans la pneumonie des adultes. A

(1) *Archives de médecine*, 2e série, t. XII, p. 43.

(2) *Maladies des vieillards*, p. 477.

(3) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 156.

(4) *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*. Paris, 1862, 4e édition, p. 331.

(5) *Maladies des enfants*, 2e édition, p. 520.

un âge plus avancé, l'expectoration rouillée est même encore assez rare, du moins jusqu'à la dixième ou douzième année.

§ 5. — **Air expiré.**

Chez quelques malades arrivés à la dernière période, l'haleine a parfois une odeur fade, nauséeuse, aigrelette ou fétide, mais cela n'a rien qui soit spécial à la pneumonie; j'ai senti la même odeur chez beaucoup d'autres malades emportés par des affections très-diverses.

Il est infiniment probable que lorsque les poumons sont frappés de phlegmasie, les phénomènes chimiques de la respiration doivent être plus ou moins pervertis. Une expérience de Nysten vient jusqu'à un certain point confirmer cette opinion. Cet habile expérimentateur rapporte qu'ayant analysé la composition de l'air expiré chez un malade qui succomba à une pneumonie, il trouva une diminution assez notable dans la quantité d'acide carbonique exhalé (1). Mais il paraît qu'il n'y a là rien de spécial à la pneumonie; car il résulte des recherches du même auteur, que la quantité d'acide carbonique expiré diminue dans toutes les maladies de poitrine qui s'accompagnent de beaucoup de dyspnée. Ce qui atténue encore d'autant plus l'importance de ce fait, c'est qu'on a constaté la même diminution dans le choléra, dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives, etc. (2).

§ 6. — **Inspection et mensuration de la poitrine.**

Chez la presque totalité des individus qui sont affectés de pneumonie, on ne remarque rien de particulier dans la configuration de la poitrine. Les deux côtés du thorax, s'ils n'étaient point déformés auparavant, restent parfaitement symétriques, et quel que soit le siége de la maladie, ils se dilatent également dans l'inspiration. Cependant chez plusieurs malades chez lesquels la douleur pleurétique était excessivement vive, il m'a paru que le côté affecté se dilatait moins complétement que le côté sain; mais cette différence qui était fort légère, cessait d'être remarquée dès que la douleur

(1) *Recherches physiologiques et de chimie pathologique*, p. 195. — Le pneumonique exhalait 5924 pouces cubes d'acide carbonique, tandis qu'un homme robuste et bien portant en expirait 16 204 pouces cubes.

(2) Hervier et Saint-Léger, *Recherches sur les quantités d'acide carbonique exhalé par le poumon à l'état de santé et de maladie.* Lyon, 1849. — Andral, *Rapport sur le prix Bréant à l'Académie des sciences*, séance du 4 mars 1859.

était devenue moins intense. A part le cas dont je parle, je n'ai encore observé aucun fait qui puisse me faire admettre que le côté de la poitrine correspondant au poumon malade se dilate moins que le côté opposé. Cette opinion a pourtant été soutenue par plusieurs auteurs; on a même prétendu que lorsque les deux poumons étaient pris à la fois, les deux côtés étaient également immobiles, et que la respiration devenait alors complétement abdominale.

Si l'on réfléchit qu'un des premiers effets de l'inflammation phlegmoneuse est d'accroître le volume des organes, il semble assez naturel de supposer que, lorsque l'hépatisation est complète et qu'elle occupe un certain espace, elle doit avoir pour résultat de dilater la partie correspondante de la poitrine. Nous avons déjà dit que les auteurs avaient émis sur ce point des opinions contradictoires. Broussais ne doutait pas qu'un poumon enflammé dans sa totalité pût dilater le côté correspondant de la poitrine; mais cette proposition fut combattue par Laennec qui, ayant examiné les dimensions du thorax chez les pneumoniques, tant sur le vivant que sur le cadavre, n'avait jamais pu apercevoir le moindre degré de dilatation dans le côté affecté. M. Andral adopte cette dernière opinion, et M. le docteur Woillez, à l'occasion de ses premières recherches (1), ayant mesuré comparativement les deux côtés de la poitrine chez deux malades atteints de pneumonie, pendant la période la plus aiguë de la maladie, avait trouvé que la configuration du thorax n'avait jamais rien présenté d'anormal. Pendant les années 1835 et 1836, j'ai mesuré avec le lien et avec le compas d'épaisseur le thorax de quatre individus affectés de pneumonies assez étendues et parvenues au deuxième degré, mais je ne suis arrivé qu'à des résultats purement négatifs. Je renonçai bientôt à ce genre de recherches, car, obligé de les commencer à la période la plus aiguë de la maladie, la plupart des malades ne pouvaient, en raison de leurs souffrances et de leur anxiété, garder assez longtemps la même position, ce qui exposait beaucoup à commettre des erreurs; en outre, la fatigue qui accompagnait toujours cet examen, le danger que couraient les malades restant sans vêtements pendant un temps assez long, au contact de l'air, m'ont fait un devoir impérieux de cesser des recherches qui, en définitive, pouvaient conduire à quelque résultat curieux pour la science, mais vraiment stérile pour la pratique.

(1) *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine.* Paris, 1837, p. 387.

Cependant je n'hésite pas à croire que le poumon enflammé, et indépendamment de tout *épanchement pleurétique*, peut, par lui-même, déterminer une dilatation partielle ou générale du côté correspondant de la poitrine. Cette manière de voir s'appuie sur les deux observations suivantes. Un homme âgé de soixante ans, d'une bonne santé, n'ayant point d'emphysème pulmonaire, n'ayant point habituellement l'*haleine courte*, entra à l'Hôtel-Dieu, atteint d'une pneumonie qui, ne datant encore que de trois jours, était cependant parvenue déjà au deuxième degré : elle occupait la moitié supérieure du poumon droit, et les phénomènes stéthoscopiques qui la caractérisaient étaient surtout marqués antérieurement. En examinant la configuration de la poitrine, je m'aperçus que le côté droit offrait en avant une légère voussure qui s'étendait de la première côte jusqu'au mamelon. Je ne pensai pas, tout d'abord, que cette saillie pût dépendre de la pneumonie; mais les jours suivants, ayant vu cette voussure augmenter à mesure que la maladie faisait des progrès, le creux sous-claviculaire qui était bien marqué le jour de l'entrée, étant tout à fait effacé trois jours plus tard, je n'hésitai pas alors à regarder l'inflammation du poumon comme étant la cause véritable de la déformation de la poitrine que j'observais. Le malade ayant succombé, je pus me convaincre, en effet, que l'hépatisation existait sans complication d'épanchement pleurétique. Le fait suivant est encore plus remarquable, parce qu'il est plus concluant. Un jeune homme de vingt-quatre ans entra, en 1839, à l'Hôtel-Dieu, atteint d'une pneumonie peu grave qui occupait le sommet du poumon droit. Lorsque je l'examinai pour la première fois, il était arrivé au cinquième jour de la maladie ; la conformation de la poitrine ne présentait rien d'anormal, si ce n'est que les dépressions sus et sous-claviculaires du côté droit étaient presque effacées, tandis qu'elles étaient très-marquées du côté gauche. Le surlendemain, la pneumonie ayant fait des progrès vers la résolution, les creux sus et sous-claviculaires droits commençaient à être plus marqués; enfin, deux jours après, ils étaient devenus tout à fait semblables à ceux du côté opposé. Le docteur Fearnside a cité également deux cas de pneumonie qui ont produit une voussure notable de la région sous-claviculaire, et comme preuve de l'expansion que le poumon avait subie, on trouva à l'ouverture des cadavres des sillons profonds creusés par les côtes supérieures sur la surface du poumon (1). Walshe dit également avoir quelquefois constaté une légère augmentation en largeur en mesurant la base

(1) *Medical Times*, et *Gazette médicale*, année 1853.

du côté opposé (1). Tous ces faits confirmatifs de ce que j'avais dit en 1841, prouvent donc que le thorax peut se dilater dans le point qui correspond à une portion de poumon hépatisée. Mais cette dilatation ne persiste que pendant la période la plus aiguë de la maladie, car, à mesure que la pneumonie entre en résolution, la poitrine revient progressivement à sa conformation naturelle.

L'ampliation du thorax par l'effet d'une pneumonie simple est donc un fait exceptionnel ; c'est à cette conclusion qu'est également arrivé M. Woillez. Reprenant ses recherches de 1837, il a mesuré comparativement les deux côtés du thorax de 23 sujets atteints de pneumonie, et n'a trouvé chez 22 aucune différence ; il n'en fut pas de même chez le dernier malade dont le côté gauche, siége de la pneumonie, moins dilaté que le droit avant l'hépatisation, devint d'abord égal à ce dernier et ensuite plus étendu, à mesure que la lésion progressait ; en somme, il en résulta une ampliation relative du côté gauche de 3 centimètres en onze jours. La pneumonie entrant bientôt en résolution, on vit, en cinq jours, le côté gauche reprendre à peu près ses dimensions normales : on était alors arrivé au vingtième jour de la maladie (2). Nul doute encore ici que l'ampliation n'ait été due, comme dans les faits que j'ai observés moi-même, à l'augmentation du volume du poumon. Il est donc incontestable que le poumon enflammé peut produire très-exceptionnellement une dilatation partielle du thorax qui correspondrait exactement à la partie malade. Mais, indépendamment de cette voussure partielle, qui est rare, on trouverait plus communément dans la pneumonie cette ampliation générale bien étudiée par M. Woillez, ampliation que subit la poitrine dans les trois quarts des affections aiguës, et qui doit exister, par conséquent, dans la pneumonie, comme dans la plupart des maladies fébriles. Mais en comparant entre elles les diverses maladies des poumons, on trouve que l'ampliation est plus marquée dans la bronchite que dans la phlegmasie du parenchyme lui-même. Le phénomène dont je parle est le résultat de la congestion qui se fait dans le poumon. C'est là, disons-le encore, un accident commun à la plupart des maladies pyrétiques ; il a été depuis longtemps signalé et reconnu par la percussion dans les fièvres éruptives, comme on peut le lire dans les beaux commentaires de Corvisart sur la découverte d'Avenbrugger (3).

(1) *Loc. cit.*, 3e édit., p. 357.

(2) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. III.

(3) *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes*, § 20.

§ 7. — Percussion thoracique.

La percussion fournit au diagnostic de la pneumonie des signes importants. Lorsque l'inflammation occupe la surface du poumon, elle a pour effet constant, suivant le degré auquel elle est parvenue, d'obscurcir ou même de rendre complétement mat le son de la poitrine dans les points correspondants. On s'explique facilement cette circonstance, lorsqu'on se rappelle que la pneumonie rend le poumon moins perméable à l'air, et qu'elle finit par transformer son tissu, naturellement souple et crépitant, en un corps solide et imperméable. Dans le premier degré de la maladie, lorsque le bruit respiratoire est seulement affaibli, et à plus forte raison lorsque déjà l'oreille distingue de la crépitation, la percussion de la poitrine faite au niveau des parties malades, indique parfois que celles-ci résonnent moins bien que dans l'état de santé, ce dont on peut se convaincre facilement en percutant comparativement le côté sain dans le point correspondant. A mesure que le tissu pulmonaire devient moins perméable, le son est de plus en plus obscur; enfin il devient complétement mat lorsque la pneumonie a passé à l'état d'hépatisation rouge ou grise. Ces résultats diffèrent un peu de ceux que Laennec indique. Ce grand observateur prétend, en effet (1), que, dans le premier degré de la maladie, lorsqu'on entend déjà de la crépitation, la poitrine résonne encore bien; ce serait, dit-il, lorsque l'engouement est fort étendu et déjà voisin de l'hépatisation que le son commencerait à devenir un peu plus obscur. Il pense même (2) que, dans certaines hépatisations des lobes inférieurs, la percussion ne donnerait souvent aucun résultat à cause de la faible sonorité que la poitrine rend dans ces points chez certains individus. Il est très-vrai que chez quelques personnes fortement musclées, la poitrine à l'état normal donne partout un son obscur ou presque mat; cela arrive surtout dans les points recouverts par le scapulum et, en particulier, dans la fosse sus-épineuse; mais même alors la percussion est encore utile et je pourrais même dire qu'elle est aussi avantageuse que l'auscultation elle-même. Mais dans les cas dont je parle ici, ce n'est pas la nature du son, plus ou moins clair ou obscur, qui doit préoccuper; il faut considérer surtout la sensation qu'on éprouve au bout des doigts qui percutent. Si, en effet, chez un sujet fortement musclé, on frappe le thorax au niveau des fosses sus et sous-épineuses, on n'obtiendra pour

(1) Tome I, p. 517 et 518.
(2) Id., p. 523.

l'oreille qu'un son obscur ou même presque mat; cependant, dans ces cas, si le tissu pulmonaire subjacent est intact, les doigts éprouveront une sensation toute particulière d'élasticité, tandis que, si le poumon est le siége dans ce point d'une altération qui a rendu son tissu moins souple, on aura la conscience d'une dureté, d'une résistance proportionnée au degré d'imperméabilité de l'organe. Pour moi, toutes les fois que je percute une poitrine, je fais plus attention à cette sensation d'élasticité ou de résistance qu'au son même que j'obtiens. Fréquemment, en effet, dans la pneumonie du sommet, lorsque l'altération siége au niveau de la fosse sus-épineuse, il arrive qu'en percutant avec le plus grand soin, et comparativement des deux côtés, l'oreille ne peut saisir aucune nuance de son, tandis que les doigts perçoivent de la manière la plus nette, du côté sain une élasticité parfaite, du côté malade une sensation plus ou moins bien accusée de dureté et de résistance.

Skoda, qui a émis sur la percussion et sur l'auscultation des idées souvent fort étranges, soutient à tort que la congestion, quelque grande qu'elle soit, est insuffisante pour obscurcir le son, et qu'il faut une exsudation interstitielle pour altérer la sonorité du thorax (1) : c'est là une erreur. Je reconnais pourtant que dans les cas de simple congestion, la sonorité n'est pas très-altérée, et que lorsqu'elle l'est beaucoup, il faut supposer une exsudation plastique, mais la congestion seule suffit, comme je m'en suis assuré nombre de fois.

On pourra, eu égard au défaut de son et d'élasticité de la poitrine, limiter exactement la pneumonie et la suivre dans ses progrès ultérieurs. Mais pour que la percussion fournisse quelque signe, il est nécessaire que l'altération des poumons occupe un certain espace; c'est ainsi que dans la pneumonie lobulaire simple, à lobules disséminés, elle ne donnera à peu près aucun résultat. Skoda estime que pour pouvoir apprécier par la percussion la lésion pulmonaire, il faut que celle-ci ait l'étendue du plessimètre; je le veux bien, mais je ne saurais admettre avec le professeur de Vienne que pour constater l'obscurité du son et la résistance au doigt, il soit nécessaire que l'hépatisation ait l'épaisseur de 3 centimètres. Il suffit d'une imperméabilité deux fois moindre, pourvu qu'elle soit un peu étendue et que les parois thoraciques soient peu épaisses, pour que la percussion méthodiquement pratiquée fasse apprécier une modification dans la sonorité et dans l'élasticité. Ce que je viens de dire de la percussion s'applique aussi bien aux pneumonies primi-

(1) *Traité de percussion et d'auscultation*, traduit par Aran, p. 229.

tives qu'aux pneumonies secondaires, à celles qui affectent les adultes comme à celles qui surviennent chez les vieillards.

Quelques personnes ont accordé peu de valeur à la percussion pratiquée chez les enfants : à cet âge, en effet, la poitrine est très-sonore ; aussi dans un grand nombre d'hépatisations même étendues et assez complètes, la poitrine continue-t-elle à résonner quand on la percute. Mais si dans les cas dont je parle on n'obtient pas une matité complète, *absolue*, on trouve une matité *relative*, et si, au lieu de ne percuter que le côté malade, comme on ne le fait que trop souvent, on percute comparativement le côté sain, du moins dans les points correspondants, il sera alors très-aisé de constater une différence souvent considérable entre les deux côtés de la poitrine. La comparaison manque lorsque la pneumonie est double et qu'elle affecte les parties similaires de l'un et de l'autre poumon, mais même dans ce cas il sera aisé d'apprécier avec non moins de précision le degré de perméabilité des poumons, en ayant égard à la sensation d'élasticité ou de résistance que les doigts éprouveront en percutant d'autres points de la poitrine plus ou moins analogues à celui qu'on suspecte. Je le redis encore, la percussion fournit des résultats utiles chez les enfants de l'âge le plus tendre. Nombre de fois déjà j'ai vu, dans des cas où l'hépatisation n'était pas encore complète, la percussion, pratiquée avec le plus grand soin et avec une force différente, ne pouvoir me faire distinguer à l'oreille aucune modification appréciable dans la sonorité, tandis que ma main percevait déjà une résistance, qui augmentait à mesure que la maladie faisait des progrès, et qui finissait par coexister avec un son complétement mat et avec tous les phénomènes d'auscultation qui caractérisent le deuxième degré de la maladie.

Ce que je viens de dire des enfants, s'applique aussi en grande partie aux vieillards. La maigreur qu'on constate sur un grand nombre d'entre eux, la raréfaction du tissu pulmonaire, et la dilatation fréquente des cellules superficielles si communes à cet âge font que nonobstant une pneumonie parvenue même au deuxième degré, la poitrine résonne encore très-souvent d'une manière notable. Mais ici comme pour l'enfance, on évitera l'erreur si l'on percute comparativement le côté sain et le côté malade dans les points correspondants, et si en pratiquant ce mode d'exploration on ne recherche pas seulement à percevoir des sons, mais à saisir à l'aide des doigts qui percutent une sensation plus délicate qui fait reconnaître le degré de perméabilité du tissu pulmonaire. Je parle ici de l'hépatisation vraie, légitime, et nullement de cette forme de pneumonie si commune aux deux extrêmes de la vie, sur-

tout chez les vieillards, et que nous avons décrite sous le nom de *broncho-pneumonie*, car on se le rappelle, dans celle-ci le poumon est splénisé, c'est-à-dire plutôt congestionné que véritablement hépatisé; il est donc encore perméable en partie, et l'on comprend dès lors que la percussion donne une sonorité plus grande dans le deuxième degré d'une pneumonie légitime.

Je viens de parler des signes fournis par la percussion au niveau de l'altération pulmonaire, mais elle en donne parfois aussi d'intéressants dans des points plus éloignés. C'est ainsi qu'il n'est pas rare dans les pneumonies simples sans complication d'épanchement pleurétique de constater sous la clavicule du côté correspondant et jusqu'à la troisième ou quatrième côte, ce bruit tympanique particulièrement étudié par Skoda dans la pleurésie. M. Woillez a prouvé qu'il pouvait précéder les autres signes physiques de la pneumonie (1); on peut le constater, quoique inégalement, en arrière comme sous la clavicule, mais j'ignore encore dans quelle proportion on le trouve, comme on ignore encore la condition physique qui produit ce phénomène. Nul ne défend plus aujourd'hui l'idée d'un pneumothorax venant compliquer la maladie; mais on croit plutôt avec Skoda, que le lobe supérieur refoulé et comprimé en haut, soit par un épanchement, soit par l'intumescence du lobe inférieur, donne le son tympanique que rend tout poumon qui est *en partie* privé d'air.

§ 8. — **Auscultation.**

L'auscultation fournit dans l'étude de la pneumonie des signes d'une très-grande importance, et qui sont aussi utiles au diagnostic de la maladie qu'ils sont précieux pour établir le pronostic et nous aider à saisir les indications thérapeutiques.

1° *Modifications dans l'intensité du murmure respiratoire.*—Presque tous les auteurs qui, depuis Laennec, ont écrit sur la pneumonie, ont indiqué le *râle crépitant* comme étant le phénomène initial, et qui existerait avant même que les crachats pussent faire reconnaître la nature de la maladie. Cependant Stokes (2), s'appuyant sur de trop rares observations, a avancé qu'une respiration puérile précéderait la crépitation d'une ou de plusieurs heures. Il rapporte l'histoire de trois malades chez lesquels, après avoir constaté une respiration puérile dans un point circonscrit de la poitrine, il aurait vu

(1) *Archives générales de médecine*, année 1856.
(2) *Diseases of the chest*, p. 324.

sur deux, succéder à ce phénomène la crépitation caractéristique, tandis que chez le troisième, une saignée faite à propos arrêta brusquement l'affection, qui n'était encore qu'à la période congestive. Quant à moi, je n'ai jamais constaté la respiration puérile comme symptôme initial, comme signe en quelque sorte précurseur de la crépitation ; mais, dès l'année 1836, j'avais appelé l'attention sur un autre phénomène (1), j'avais dit que, dans un certain nombre de pneumonies, la crépitation pouvait être précédée, pendant un temps plus ou moins long, par un affaiblissement du bruit respiratoire qui souvent aussi avait perdu sa pureté et son moelleux. J'avais à cette époque regardé ces phénomènes comme pouvant indiquer le premier degré de la fluxion sanguine. Les faits que j'ai observés depuis sont venus confirmer ces premières observations. Ayant eu l'occasion, chez sept malades atteints de pneumonie, d'explorer la poitrine dès le début, ou du moins dès les premières heures de l'affection, j'ai vu que chez cinq la faiblesse du bruit respiratoire avait été le premier phénomène stéthoscopique ; dans les deux autres cas, la maladie, datant de dix à treize heures, je trouvai déjà de la crépitation ; il est donc probable que si les malades avaient été soumis à mon observation un peu plus tôt, j'aurais pu observer l'affaiblissement du murmure respiratoire que j'avais noté chez les premiers. Ces faits, quoique peu nombreux, me porteraient à admettre que, dans la grande majorité des cas, sinon dans tous, un affaiblissement dans la force du bruit respiratoire doit être le premier phénomène stéthoscopique marquant le début des pneumonies ; mais pour le constater il faut pouvoir explorer les malades dans les moments les plus rapprochés de l'invasion de la pneumonie, car lorsque celle-ci est parvenue même au commencement du deuxième jour, je n'ai trouvé la faiblesse du bruit respiratoire que chez un seizième des sujets. A la fin du troisième jour on ne l'observe encore que sur un vingt-cinquième, et elle devient d'autant plus rare, comme phénomène primitif, qu'on s'éloigne davantage de l'époque du début. Toutefois, chez trois malades j'ai vu l'affaiblissement du bruit respiratoire exister dans un espace circonscrit, jusqu'au huitième jour ; ce ne fut qu'à cette époque que l'auscultation fit constater l'existence de nouveaux phénomènes, disons toutefois que cela ne se voit guère que dans les pneumonies centrales. J'ai dit tantôt que je n'avais jamais observé, au *début* de la pneumonie et comme premier phénomène stéthoscopique, la respiration puérile que Stokes avait rencontrée chez plusieurs de ses malades. Toutefois

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, année 1836.

je conteste d'autant moins la possibilité du phénomène, que, ainsi que je le dirai plus tard, je l'ai moi-même rencontré plusieurs fois dans les points des poumons qui furent envahis consécutivement. La faiblesse du bruit respiratoire ou la respiration puérile, après avoir persisté pendant deux, six, douze ou vingt-quatre heures, sont généralement remplacées par d'autres phénomènes stéthoscopiques et presque toujours par le râle crépitant.

2° *Râle crépitant.* — Ce râle donne à l'oreille qui ausculte l'image de bulles très-petites, égales entre elles, sèches, nombreuses, et exclusivement perçues pendant l'inspiration. Laennec (1) a donné à ce râle le nom de *crépitant*, parce que le bruit qu'il produit ressemble assez exactement à celui qu'on entend lorsqu'on projette du sel marin sur des charbons ardents ; on peut aussi le comparer au bruit que donne une vessie sèche qu'on insuffle, ou bien encore au craquement que fait entendre le tissu d'un poumon sain et gonflé d'air que l'on presse entre les doigts ; enfin, le docteur Williams (2) compare la crépitation de la pneumonie à la sensation que donne le froissement d'une mèche de cheveux renfermés dans la conque de l'oreille ou dans le conduit auditif externe.

La crépitation ne se présente pas toujours avec les caractères que je viens d'indiquer, et qui en font alors un signe pathognomonique. Chez trente-quatre malades, le râle crépitant était formé par des bulles moins nombreuses, moins égales entre elles, plus grosses et plus humides ; elles se rapprochaient assez des bulles de râle sous-crépitant qu'on observe dans les bronchites capillaires. Cependant l'existence de ce râle dans un point circonscrit du poumon, les crachats caractéristiques, les symptômes généraux et les phénomènes stéthoscopiques qui survenaient consécutivement, indiquaient bien qu'on ne pouvait rattacher qu'à une pneumonie cette crépitation à bulles grosses et humides qu'on rencontrait alors. Ce râle sous-crépitant que nous trouverons à peu près seul dans les pneumonies dites catarrhales, peut se rencontrer aussi dans les pneumonies franchement lobaires ; je l'ai vu dans ce cas à tous les âges, mais beaucoup plus souvent pourtant chez les enfants et chez les vieillards, surtout au delà de soixante et dix ans. Hourmann et M. Dechambre (3) disent aussi avoir très-rarement rencontré chez les vieillards, le râle crépitant avec les caractères qu'il présente chez l'adulte; ses bulles étaient en effet

(1) Tome I, p. 121, 4e édition.

(2) Stokes, *loc. cit.*, p. 325, et *Cyclop.*, t. III, art. PNEUMONIA.

(3) *Loc. cit.*, t. XII, p. 45.

plus grosses, plus larges et surtout plus humides. Ce que je viens de dire des vieillards est encore plus vrai pour le jeune âge. Je ne crois pas avoir jamais entendu la crépitation vraie dans les deux ou trois premières années de la vie. M. Bouchut a fait la même remarque (1). Mais plus l'enfant se rapproche de la puberté, plus aussi les signes d'auscultation propres au premier degré de la maladie ressemblent à ce qu'ils sont presque toujours chez l'adulte. A tout âge d'ailleurs, et sous l'influence de certaines constitutions médicales plus exclusivement catarrhales, la *vraie* crépitation pneumonique peut disparaître tout à fait et être remplacée indistinctement chez tous les malades par le râle sous-crépitant. C'est ce qui a eu lieu notamment pendant la grippe de 1837. Sur dix-huit pneumonies que j'observai à cette époque, et dont je recueillis l'histoire avec soin, aucune ne m'offrit la crépitation caractéristique. Cette particularité me frappa d'autant plus, que faisant alors des cours pratiques d'auscultation, je ne pus pendant longtemps trouver, ni dans les salles de la clinique ni dans plusieurs autres services de l'Hôtel-Dieu, aucune pneumonie qui présentât le râle crépitant à bulles petites et sèches que je désirais vivement faire entendre aux personnes qui suivaient mes leçons.

Quels que soient l'abondance, le volume et le degré de sécheresse ou d'humidité que présentent les bulles de la crépitation pneumonique, j'ai dit précédemment qu'on ne les entendait que pendant l'inspiration. Tantôt alors ce râle est perçu également pendant toute la durée de l'inspiration; d'autres fois la première moitié de l'inspiration est pure, mais plus ou moins affaiblie, et la crépitation n'apparaît qu'à la fin de ce temps. Il n'est même pas très-rare de rencontrer des malades chez lesquels la crépitation n'est nullement entendue, soit pendant les respirations ordinaires, soit même lorsqu'ils font une respiration profonde; il n'en est plus de même lorsqu'on fait tousser les malades une ou plusieurs fois de suite; on perçoit alors la crépitation, soit pendant les secousses mêmes de la toux, soit dans les grandes inspirations qui les suivent. Il importe donc, dans tous les cas de pneumonies qui ne se révèlent d'abord par aucun phénomène stéthoscopique, de faire tousser les malades pendant qu'on ausculte la poitrine, et l'on est alors fort étonné de constater l'existence d'une crépitation caractéristique dans des points où le murmure respiratoire, entendu pendant les inspirations ordinaires, n'était qu'affaibli et avait même parfois sa force et sa pureté habituelles. C'est en procédant ainsi que je suis

(1) *Traité pratique des maladies des enfants nouveau-nés*, 4e édition, p. 333.

parvenu bien souvent à diagnostiquer des pneumonies qui semblaient ne se révéler par aucun symptôme local. Il faut admettre alors que la phlegmasie est située plus ou moins profondément; que les parties enflammées sont séparées de l'oreille de l'observateur par une couche de tissu pulmonaire sain, qui est un mauvais conducteur des bruits nés profondément, et que ceux-ci sont aisément masqués par le murmure naturel de la respiration qui se passe plus superficiellement.

La crépitation caractérise l'engouement pulmonaire, ou le premier degré de la pneumonie : c'est un signe d'autant plus important à signaler, qu'il existe ordinairement dès le début de la maladie, et qu'il est, dans la presque totalité des cas, le premier phénomène stéthoscopique qu'on peut constater. Nous avons vu précédemment que parfois il était précédé, pendant quelques heures, pendant un ou plusieurs jours, par une diminution dans l'intensité du bruit respiratoire, et quelquefois, d'après Stokes, par une respiration puérile; mais il ne tarde pas alors à succéder à ces premiers phénomènes. Pour donner une idée de la fréquence de la crépitation dans la pneumonie, et pour avoir par là une idée de son importance sémiotique, il me suffira de dire qu'on pourrait établir comme une sorte de loi pathologique que, lorsque la pneumonie se révèle par quelque signe stéthoscopique, la crépitation en est le phénomène le plus constant ; tantôt alors elle survient dès le début, et comme symptôme primitif ; d'autres fois elle est consécutive aux autres signes fournis par l'auscultation. Je n'ai vu jusqu'à présent que quatre pneumonies dans lesquelles il est certain pour moi que le râle crépitant n'a eu lieu à aucune époque de la maladie; chez dix autres malades, la crépitation a paru manquer au début de l'affection; mais elle est survenue consécutivement à ce phénomène que nous étudierons bientôt sous le nom de respiration tubaire ou bronchique.

Tout porte à croire que le râle crépitant se passe dans les vésicules pulmonaires, dont les parois sont épaissies par le travail inflammatoire et dont la cavité est obstruée par les mucosités qui y sont sécrétées. On a dit que les petites bulles qui constituent ce râle semblent égaler en volume les vésicules pulmonaires, et que les premières étant aussi toutes égales entre elles, c'était une nouvelle raison pour supposer qu'elles naissaient dans des cavités, ayant à peu près les mêmes dimensions.

Comment expliquer la formation du râle sous-crépitant? Quelques personnes, n'ayant en vue que ce qui se passe chez les vieillards, attribuaient, avec quelque apparence de raison, le râle sous-

crépitant qu'on observe dans la pneumonie de cet âge, à ce que les cellules pulmonaires sont plus amples et plus larges. Mais si l'on se rappelle que chez les jeunes enfants compris entre la naissance et cinq ans, les vésicules pulmonaires ont une disposition tout à fait inverse, et que chez eux cependant la véritable crépitation est fort rare, tandis que le râle sous-crépitant est beaucoup plus commun, on sera, je crois, porté à admettre que l'ampleur plus ou moins grande des vésicules n'est pas la cause, ou du moins la cause unique de la forme, du volume, du degré de sécheresse et d'humidité que présentent les râles crépitant et sous-crépitant. La nature, le degré de consistance du liquide exhalé dans les vésicules pulmonaires a également été regardé par quelques personnes comme pouvant expliquer la formation du râle crépitant. Suivant M. Rob. Spittal (1), celui-ci devrait être attribué à la rupture des innombrables bulles, très-petites, qui se forment dans les cellules du poumon par le mélange de l'air avec le liquide séreux qui y est exhalé. Pour prouver son assertion, le médecin d'Édimbourg s'est livré à une série d'expériences. Si, dit-il, on approche de son oreille un vase contenant un liquide d'une densité à peu près semblable à celle du sérum, un verre de bière, par exemple, à la surface duquel se dégagent des bulles très-nombreuses et très-petites, on entendra un bruit semblable à la crépitation pneumonique. L'auteur, introduisant dans des fioles de même capacité des quantités à peu près égales de liquides, de densité et de viscosité différentes, puis, les agitant pendant que l'oreille était appliquée contre les parois du vase, il constatait que lorsque les petites bulles d'air venaient crever à la surface, une crépitation était toujours perçue; mais Spittal s'est assuré, dans ces expériences comparatives, que les fluides séreux étaient les seuls dont les bulles donnaient à l'oreille une sensation analogue à celle du râle crépitant de la pneumonie. Il a remarqué qu'en rendant le liquide plus épais, la crépitation diminuait; et qu'elle était tout à fait nulle si, au lieu d'un fluide séreux, on se servait d'un mucilage un peu consistant.

Il est difficile de concilier le résultat de ces expériences avec ce qu'on observe tous les jours au lit des malades. Si, en effet, on veut comparer s'il existe un rapport entre la viscosité de l'expectoration et la nature de la crépitation, on peut aisément se convaincre que la crépitation petite et sèche, que le râle sous-crépitant à bulles humides et grosses, se rencontrent indifféremment avec des matières expectorées fort diverses entre elles sous le rapport de la consis-

(1) *A treatise on auscultation*, in-8. Édimbourg, 1830.

tance, de la viscosité et de la coloration. On peut même dire que l'examen clinique conduirait à des résultats tout à fait opposés à ceux que M. Spittal a indiqués. En effet, c'est au début et dans le premier degré de la pneumonie que les crachats sont le plus visqueux et le plus tenaces, et c'est alors aussi qu'existe la crépitation la plus nombreuse, la plus fine et la plus sèche; celle-ci devient plus humide, et ses bulles augmentent d'ampleur lorsque la pneumonie rétrograde du deuxième au premier degré ; à cette époque, cependant les crachats ont perdu une partie ou même toute leur viscosité; quelquefois même ils sont fluides, presque séreux, tout à fait semblables à une solution peu concentrée de gomme arabique, c'est-à-dire que, dans ce dernier cas, la matière expectorée étant dans les conditions que M. Spittal indique pour obtenir la véritable crépitation, on n'entend cependant qu'un râle à bulles plus grosses et plus humides.

Il résulte de ce qui précède que la viscosité et la consistance de l'expectoration n'ont pas d'influence évidente sur l'ampleur et sur le degré de sécheresse ou d'humidité des bulles de râle crépitant ou sous-crépitant. Nous voyons la crépitation naître dans les cas où les vésicules pulmonaires sont perméables, mais dont la cavité, obstruée par des mucosités, se trouve aussi rétrécie pas l'épaississement de leurs parois. Voilà les conditions anatomiques avec lesquelles coïncide la crépitation. Quant au vrai mécanisme de ce phénomène, je crois qu'il échappe jusqu'à présent à toutes les explications qu'on a voulu en donner.

3° *Respiration bronchique.* — Lorsque la pneumonie fait des progrès, et qu'elle passe de l'état d'engouement au degré d'hépatisation rouge, l'auscultation révèle l'existence de cette nouvelle altération, en faisant entendre au niveau des parties malades le *souffle tubaire* ou la *respiration bronchique.*

Lorsque ce signe existe, le murmure naturel de la respiration est remplacé par un bruit rude, sourd ou métallique, qui ressemble à celui qu'on produirait en soufflant dans un tube de bois ou d'airain. Il n'a pas toujours pourtant la même intensité ; parfois il est assez doux et comparable à celui qu'on trouve dans la pleurésie. Dans quelques cas on entend plutôt à chaque inspiration un bruit rude donnant à l'oreille la sensation que ferait éprouver un morceau de taffetas qu'on déchirerait ou qu'on froisserait. Pour découvrir ce phénomène on bien pour le rendre plus sensible, on est souvent obligé de faire tousser les malades, ou de leur commander une inspiration profonde. Dans la plupart des cas, le bruit peut exister seul, le plus souvent il est mélangé avec une crépi-

tation fine et sèche. On peut l'observer indistinctement dans tous les points de la poitrine; mais il est beaucoup plus fréquent dans le fond de l'aisselle, sur le bord antérieur du poumon et dans la partie externe de la fosse scapulaire. J'ai désigné ce bruit, dans ma première édition, sous le nom de *bruit de taffetas*. En le décrivant, je n'ai certes pas cru avoir découvert, comme quelques-uns l'ont pensé, un nouveau signe d'auscultation, mais j'ai seulement voulu exprimer par un mot une nuance assez remarquable de la respiration bronchique. Je regarde, en effet, ce bruit comme indiquant une hépatisation, et autant qu'il est permis d'en juger d'après un seul fait que je vais rappeler, il me semble caractériser une induration qui n'atteindrait que la couche la plus superficielle du poumon.

En 1835, une vieille femme succomba à la clinique de l'Hôtel-Dieu à la suite d'une pneumonie du lobe inférieur; dans le dernier jour de l'existence, je découvris vers le bord antérieur de l'aisselle et dans la plus grande partie de la région sus-mammaire, un bruit sec et rude mêlé à de la crépitation; plusieurs des personnes qui l'entendirent en même temps que Chomel et moi, le comparèrent au froissement que donnerait du taffetas ou du parchemin; je l'entendis aussi distinctement pendant l'agonie. Le lendemain, à l'autopsie, examinant surtout la portion du poumon au niveau de laquelle j'avais perçu ce bruit, je vis une induration rouge, n'affectant du parenchyme pulmonaire qu'une couche fort mince, ayant de 1 à 6 millimètres seulement.

On conçoit très-bien que lorsqu'il n'y a d'indurée que l'*écorce* ou la couche la plus superficielle du poumon, l'air est obligé de s'arrêter dans des cavités un peu plus amples que les vésicules qui sont obstruées ou oblitérées, mais ces bronches capillaires ont néanmoins un volume fort peu considérable, aussi la colonne d'air qui les traverse doit y retentir infiniment moins que lorsqu'elle s'arrête dans des tuyaux plus larges, comme dans les cas où l'hépatisation occupe toute l'épaisseur d'un lobe.

J'ai vu sept malades chez lesquels le bruit dont je parle fut consécutif à la crépitation; la pneumonie, après être restée quelques jours stationnaire, se termina par résolution sans qu'on ait jamais observé dans ces cas la respiration bronchique proprement dite. Chez dix autres malades, au contraire, le bruit de taffetas sembla opérer la transition du premier au deuxième degré; on le vit, en effet, après un, deux ou trois jours, être remplacé par un souffle tubaire très-intense. Cette transition peut se faire rapidement : deux malades auscultés au moment de la visite, ne me présentèrent

d'abord qu'un bruit de taffetas sans mélange d'aucun autre bruit morbide, mais étant revenu les explorer de nouveau, une demi-heure après, pour compléter mon observation, je fus fort surpris de voir que le bruit de taffetas avait complétement cessé, et avait été remplacé par une respiration franchement bronchique. Dans tous les autres cas, la transformation a été graduelle et beaucoup plus lente. A mesure, en effet, que le bruit de taffetas devenait plus rude, l'expiration, qui était nulle auparavant, commençait à être perçue ; elle était plus ou moins prolongée ; bientôt elle prenait un timbre un peu bronchique ; enfin, peu à peu le souffle finissait par envahir l'inspiration elle-même. On conçoit aisément que le bruit de taffetas, d'après les conditions anatomiques qu'il exige pour sa production, doit être rarement observé.

Un excellent observateur, prématurément enlevé à la science, J. Jackson, avait remarqué dès l'année 1831 ou 1832, que dans la pneumonie l'expiration était prolongée et soufflante avant que l'hépatisation fût assez avancée pour donner lieu à l'inspiration bronchique (1). Cette remarque est de la plus grande exactitude. Sur vingt quatre malades que j'observai pour la première fois à une époque où il n'y avait encore que de la crépitation, et chez lesquels je notai avec le plus grand soin le développement et la marche suivie par la respiration tubaire, il y en a vingt et un chez lesquels le phénomène a commencé par être perçu *exclusivement pendant le temps de l'expiration*. Chez les trois autres malades le souffle fut entendu simultanément dans les deux temps de la respiration, mais chez deux il avait son maximum d'intensité et de durée pendant l'expiration. Lorsque la maladie fait de nouveaux progrès et à mesure que l'hépatisation devient plus générale et plus complète, la crépitation diminue d'abondance, puis cesse tout à fait ; le souffle tubaire prend un timbre toujours plus rude, devient de plus en plus marqué pendant l'inspiration ; enfin il finit par prédominer, et parfois même il n'existe plus que pendant ce premier temps de la respiration.

Pour que la respiration bronchique soit produite, il faut que le poumon soit induré, et que la plupart ou la totalité de ses vésicules étant devenues imperméables à l'air, ce fluide s'arrête dans les grosses divisions bronchiques. Suivant Stokes, une autre condition serait encore nécessaire pour la production du phénomène. Il pense

(1) *A memoir of James Jackson which is extracts from his letters to his father and medical cases*. Boston, 1833, et *Mémoires de la Société médicale d'observation*. Paris, t. I, avertissement de M. Louis, p. 14.

que pour que la respiration tubaire ait lieu, il faut qu'il existe un certain degré d'expansion du côté malade, pendant l'acte de la respiration. Si, dit-il, tout le poumon est hépatisé, la respiration bronchique cesse, le côté malade reste fixe, presque immobile, ce qui résulte évidemment d'un défaut d'expansion pulmonaire ; si le sommet du poumon redevient perméable ou si un abcès se forme et se vide, l'air pouvant alors circuler dans les tuyaux bronchiques, on entendra de nouveau la respiration tubaire. Stokes ajoute que, pour que le souffle se produise, il n'est pas nécessaire que la portion perméable ait une grande étendue, il cite un cas où celle-ci ne formait pas la sixième partie du poumon, et cependant elle aurait été suffisante pour ramener la respiration bronchique dans la partie solidifiée.

J'admets les faits de Stokes, mais je ne saurais adopter son explication. Je ne crois pas avec lui qu'il soit nécessaire pour que la respiration bronchique ait lieu, que le poumon jouisse dans une portion de son étendue de sa force d'expansion. En effet, lorsque l'organe est complétement induré et qu'il forme un tout solide, si, ce qui arrive presque toujours, ses gros tuyaux bronchiques sont perméables, lors même que le côté correspondant de la poitrine serait inactif pendant l'acte de la respiration, rien pourtant ne pourrait empêcher qu'une portion de l'air qui arrive à chaque inspiration dans la trachée ne pénètre facilement dans les bronches et dans leurs ramifications principales. Or, l'observation clinique confirme pleinement ces idées théoriques. J'ai observé cinq pneumonies dans lesquelles l'hépatisation occupait tout le poumon, et cependant chez trois la respiration bronchique a persisté sans interruption jusqu'à la mort. Chez le quatrième malade, ce phénomène cessa d'être perçu dans les deux derniers jours de l'existence. Toutefois on distinguait, dans plusieurs points du poumon, divers râles qui indiquaient du moins d'une manière positive que l'organe, quoique complétement hépatisé et non expansible, était néanmoins encore perméable à l'air extérieur. Enfin chez le cinquième sujet il y eut absence de toute espèce de bruit, quoiqu'il y eût bien encore un cinquième du poumon qui fût sain ou seulement un peu engoué. J'ai observé neuf autres malades, tous affectés d'une hépatisation limitée à un seul lobe ou bornée à un espace encore plus petit, et chez lesquels cependant l'auscultation n'a fait entendre pendant plusieurs jours, ni crépitation, ni souffle, ni aucune espèce de bruit naturel ou pathologique. Laennec avait lui-même observé déjà dans son immortel ouvrage (1), que l'absence

(1) *Loc. cit.*, p. 326.

du râle crépitant et du bruit respiratoire était souvent le seul signe de l'hépatisation. Chez les neuf malades dont j'ai parlé, et qui tous succombèrent, je cherchai à déterminer sur le cadavre les conditions qui pouvaient expliquer cette absence de tout bruit au niveau d'un lobe complétement hépatisé. J'ai fendu les bronches dans toutes les ramifications où des ciseaux déliés ont pu pénétrer, et je n'ai trouvé nulle part d'oblitération; le tissu était ferme et résistant. Chez sept de ces individus le poumon examiné pendant longtemps et sous tous les rapports ne m'a présenté aucune condition anatomique capable d'expliquer l'anomalie que j'avais observée pendant la vie; sur deux autres cadavres, le poumon malade offrait un tissu flasque, mollasse; l'organe placé sur une table s'affaissait et se déformait; en outre, au centre de l'un d'eux, vers la racine des bronches et dans l'étendue de plus de 12 centimètres, le tissu pulmonaire était plus mou que partout ailleurs, il était splénisé, et avait tout à fait l'aspect de ces rates ramollies et diffluentes qu'on rencontre si souvent chez les sujets qui succombent du cinquième au vingt-cinquième jour de la fièvre typhoïde. On peut admettre ici que la flaccidité du tissu pulmonaire, que sa splénisation avait pu déprimer, aplatir les grosses bronches et avait dû par là s'opposer à la libre circulation de l'air et par conséquent à la production de toute espèce de bruit.

On comprend que la compression de la bronche, que son oblitération par une grande quantité de liquide visqueux ou même encore par un bouchon fibrineux, auraient le même résultat et expliqueraient tout naturellement l'absence de respiration tubaire, mais c'est une circonstance des plus rares; il est bien plus commun de voir la respiration bronchique se faire d'une manière en quelque sorte intermittente; on ne la perçoit souvent que dans les inspirations larges, profondes, non que la pneumonie soit toujours alors ou profonde ou étendue, mais parce que le tissu pulmonaire vibre peu, vibre mal, et qu'il faut lui imprimer une impulsion plus énergique que de coutume; or, les forces du malade s'opposent souvent à ce que la colonne d'air soit introduite avec une grande puissance : j'ai observé ce fait plus particulièrement dans l'infiltration purulente.

4° *Bronchophonie.* — La respiration bronchique n'est pas le seul phénomène qui se produise dans les points des poumons qui sont hépatisés. Si, en effet, pendant que l'oreille est appliquée au niveau des parties indurées, on fait parler les malades, on distingue alors un retentissement de la voix dont l'intensité est, comme celle de la respiration tubaire, en rapport avec le degré et avec l'étendue de

l'hépatisation. Cette résonnance de la voix est *diffuse*, non *articulée*; elle a un timbre sourd, bruyant ou métallique; si l'on ausculte avec le stéthoscope, elle ne le traverse point comme le ferait la pectoriloquie parfaite. Laennec a donné à ce phénomène le nom de *bronchophonie*. Il ne se présente avec les caractères que je viens d'indiquer que dans les cas où le parenchyme pulmonaire est complétement induré dans une épaisseur un peu notable. Dans le premier degré de la pneumonie, lorsqu'il n'y a encore qu'une respiration faible et une crépitation plus ou moins nombreuse, ou bien encore lorsque la respiration est rude et sèche, l'auscultation de la voix n'indique rien de spécial dans la moitié des cas; tandis que chez les autres malades elle fait percevoir un retentissement plus ou moins considérable, qui est une exagération de celui qui existe à l'état normal, mais qui est loin encore de ressembler au phénomène de la bronchophonie. Dès que l'expiration est devenue soufflante, la bronchophonie, ou, pour le moins, un retentissement très-fort de la voix existe à peu près constamment.

Il n'est pas rare d'observer dans la pneumonie, surtout dans le tiers ou dans le quart inférieur et postérieur de la poitrine, un retentissement qui participe à la fois de l'égophonie et de la bronchophonie, et qu'il convient par cela même d'appeler *bronchoégophonie*. Ce phénomène dépend de ce que l'hépatisation pulmonaire coexiste avec un épanchement assez abondant dans la plèvre. Toutefois, chez quelques personnes dont la voix est naturellement aigre et criarde, ce phénomène, et même une véritable égophonie peuvent être entendus sans qu'il y ait cependant aucun épanchement; c'est ce que j'ai surtout constaté chez quelques vieillards.

5° *Phénomènes d'auscultation dans les parties voisines de la pneumonie.* — Lorsqu'une partie ou la totalité d'un poumon se trouvant ainsi transformée en un corps solide et compacte, est devenue impropre à la respiration, les parties voisines, et surtout le poumon du côté opposé, doivent suppléer l'organe malade. On a dit que, lorsqu'une plus grande quantité de sang et d'air pénétrait dans les parties saines, il en résultait pour elles un surcroît d'activité qui se révélait à l'auscultation par une intensité inaccoutumée du bruit respiratoire. Toutefois, l'observation clinique me paraît démontrer que la respiration puérile n'est pas un phénomène ordinaire, ni même fréquent dans les cas dont je parle. C'est ainsi que sur 36 malades, chez lesquels j'ai noté avec soin l'état de la respiration du côté sain, je n'en ai trouvé que trois qui eurent une respiration puérile; chez six autres individus, ce phénomène existait du côté malade et dans des points très-rapprochés du siége même

de la pneumonie; parmi ces derniers, il y en a deux chez lesquels la respiration puérile se transforma successivement en respiration bronchique. Il est plus fréquent de voir les parties voisines de l'engouement et de l'hépatisation présenter parfois, même sur une très-large surface, un affaiblissement du murmure respiratoire, qui a néanmoins conservé son moelleux et toute sa douceur. Sur 104 malades, chez lesquels la pneumonie fut aussi bien circonscrite qu'il est permis de le faire à l'aide de nos méthodes d'exploration, j'ai étudié avec soin l'état de la respiration dans les parties voisines des points altérés, et j'ai trouvé que chez 50, le bruit respiratoire se trouvait plus ou moins affaibli tout autour des parties malades. Cette diminution, dans l'intensité du murmure vésiculaire existait sur une étendue variable; bornée le plus souvent à un espace de 15 à 18 centimètres, elle s'étendait parfois plus loin, et pouvait même exister dans tout le poumon. Si l'on percute au niveau des points où le bruit respiratoire est ainsi affaibli, tantôt on trouve que la sonorité de la poitrine est moindre ou du moins que la sensation d'élasticité est moins parfaite; d'autres fois, surtout dans les points les plus éloignés du siége de la pneumonie, la percussion ne fournit rien d'anormal. J'ai vu, dans le huitième des cas dont je parle, la diminution du murmure respiratoire, de la sonorité et de l'élasticité, être remplacée au bout de quelques heures par les symptômes caractéristiques de la pneumonie, par la crépitation surtout, et parfois même par du souffle tubaire.

Comment expliquer l'affaiblissement du bruit respiratoire dans les parties voisines de la pneumonie? Dans les cas où cette altération de la respiration n'existe que dans une petite surface, elle pourrait dépendre de cet état de congestion qu'on dit précéder souvent les phlegmasies et en former, pour ainsi dire, le premier degré. Mais l'anatomie pathologique ne m'a pas paru confirmer cette assertion, dans les cas où la faiblesse respiratoire existait sans altération notable dans la sonorité ou l'élasticité. Il n'en était plus de même lorsque, en percutant, on avait plus ou moins profondément la sensation d'un défaut ou d'une diminution de l'élasticité normale. Dans ces cas, en effet, l'autopsie révélait soit une congestion pulmonaire avec ou sans ramollissement de tissu, ou bien on trouvait que, la pneumonie ayant cheminé profondément, la portion malade était recouverte par une couche mince de tissu pulmonaire sain, qui, étant sans doute comprimé par les parties malades, expliquait les phénomènes d'auscultation et de percussion qu'on observait à son niveau. Quant à l'affaiblissement du bruit respiratoire sans altération dans la sonorité et l'élasticité qui peut exister

dans tout le poumon affecté, quoique la phlegmasie occupe un espace très-circonscrit, quelle explication peut-on en donner? Dirons-nous qu'à cause de la douleur pleurétique, la dilatation du côté malade étant moins parfaite, il pénètre dans le poumon correspondant une quantité d'air moins considérable? Cette explication n'est pas vraie pour tous les cas, puisque j'ai constaté l'affaiblissement dont je parle chez des individus dont le point de côté était peu intense, et chez plusieurs même de ceux qui n'accusaient aucune douleur. Supposerons-nous que l'inflammation, occupant une partie plus ou moins considérable d'un poumon, réagit sur tout l'organe, le suffoque, pour ainsi dire, l'empêche de se dilater et d'admettre la quantité d'air qu'il reçoit ordinairement? la chose est possible, mais la démonstration ne saurait en être donnée. Je me borne donc à signaler le phénomène sans rechercher davantage une explication qui, d'ailleurs, importe peu.

6° *Modifications apportées aux phénomènes stéthoscopiques par l'âge des malades.* -- Les phénomènes stéthoscopiques que je viens de décrire sont ceux qu'on rencontre communément dans la pneumonie de l'âge adulte; mais aux deux extrêmes de la vie, ces symptômes présentent souvent des modifications importantes à connaître. Je l'ai dit déjà, mais il importe de le répéter encore à cause de l'importance du sujet, la crépitation fine, sèche, caractéristique de la pneumonie, est d'autant plus rare que les sujets atteints sont ou plus jeunes ou plus âgés. Jusqu'à l'âge de cinq à six ans, le râle crépitant qu'on trouve dans la pneumonie des adultes fait fréquemment défaut, ou plutôt il n'a lieu que très-exceptionnellement : il est remplacé par une crépitation moins abondante, à bulles plus grosses, moins sèches, assez semblable à la crépitation de retour ou au râle sous-crépitant. C'est ce qu'ont remarqué, comme moi, la plupart des observateurs français. Au delà de six ans, et plus on se rapproche de la puberté, plus aussi on voit la crépitation pneumonique ressembler à celle qu'on constate presque toujours chez les adultes.

Je l'ai dit plus haut, chez le vieillard la crépitation fine et sèche manque très-souvent aussi. Au delà de soixante et dix ans, c'est à peine si je l'ai constatée chez le tiers des individus. On ne saurait supposer que, dans les cas où la crépitation sèche était remplacée par du râle sous-crépitant, il existait bien moins une pneumonie qu'une bronchite capillaire. En effet, chez tous les malades que j'ai vus, les crachats étaient ceux qui caractérisent une pneumonie, et, ce qui est plus important encore à noter, le râle sous-crépitant qui avait été le premier signe d'auscultation avait été remplacé,

après une durée variable et sans avoir subi aucune modification, par un souffle tubaire, comme on le voit dans les pneumonies les plus légitimes. Ajoutons que ce n'est pas seulement dans les pneumonies catarrhales des vieillards que cette crépitation grosse est notée, elle l'est également lorsque la pneumonie est simple; c'est là, sans contredit, un fait d'une explication difficile. Dira-t-on qu'aux deux extrêmes de la vie, le premier effet de la phlegmasie est d'oblitérer les vésicules pulmonaires, que le râle sous-crépitant qu'on entend, se passe dans les derniers ramuscules des bronches et qu'il indique plutôt une bronchite capillaire que l'inflammation vésiculaire? C'est ce que je ne saurais affirmer.

La respiration bronchique est un phénomène aussi important dans la pneumonie des enfants qu'il l'est dans celle de l'adulte. Je ne parle que de la pneumonie lobaire; car on comprend que dans la forme lobulaire, lorsque les noyaux sont petits et disséminés, le souffle doit faire défaut. Il existe bien alors une respiration rude, mais elle n'a rien de caractéristique, et d'ailleurs les râles secs ou humides de la bronchite concomitante sont généralement si bruyants qu'ils masquent le souffle qui survient lorsque, par la confluence des noyaux d'induration, la pneumonie devient lobaire. On comprend d'ailleurs que, lorsque le souffle tubaire existe, il ne saurait avoir, surtout chez les plus jeunes sujets, en raison de l'exiguïté des tuyaux, la rudesse, la force, le timbre métallique qu'il présente chez l'adulte. Inutile de dire d'ailleurs que, comme chez ce dernier, le souffle commence à être perceptible pendant l'expiration, et que communément il existe dans les deux temps de la respiration. Chez les enfants un peu âgés, qui répondent aux questions qu'on leur adresse, on peut aisément constater, comme chez l'adulte, le phénomène de la bronchophonie; mais s'agit-il d'un nouveau-né, d'un enfant à la mamelle, c'est par le retentissement du cri qu'on appréciera le degré d'induration du poumon. Si, appliquant alternativement l'oreille au niveau d'une partie saine du poumon et de la partie indurée, on irrite l'enfant et si on le force à crier, on aura dans les deux cas la sensation d'un retentissement; mais fort inégalement marqué, il prédominera beaucoup dans le point du thorax qui correspond à la lésion. Ce phénomène du retentissement du cri est des plus importants, car, contrairement à ce qui arrive pour le souffle, il ne peut être masqué par les râles bronchiques; il constitue donc avec la diminution de la sonorité et de l'élasticité le meilleur signe physique de l'induration pulmonaire.

Dans la pneumonie franche du vieillard, la respiration bron-

chique ne présente rien de spécial. Mais il importe de rappeler que dans la broncho-pneumonie si commune à cet âge, l'hépatisation étant en général incomplète, on trouve un souffle moins rude et la bronchophonie moins retentissante, ce qui dépend à la fois de l'état anatomique et du caractère aigre, criard, quasi-chevrotant de la voix d'un grand nombre de vieillards.

Tous les phénomènes d'auscultation qu'on constate dans la pneumonie, et sur lesquels je reviendrai de nouveau lorsque je traiterai de la terminaison et du diagnostic de la maladie, ne peuvent avoir lieu qu'autant que l'arbre bronchique est perméable. On conçoit, en effet, dit Laennec, que si une tumeur comprimait complétement la grosse bronche, on verrait disparaître tous les phénomènes stéthoscopiques : c'est ce qui paraît avoir été noté par M. Spittal, dans un cas de pneumonie gauche, où une tumeur anévrysmale de l'aorte comprimait la bronche du poumon malade (1). Il en serait de même si un corps étranger obstruait complétement le calibre du tuyau aérien. Le docteur Houston a publié l'observation curieuse d'un individu dans le larynx duquel une dent molaire ayant pénétré, fut atteint peu après d'une pneumonie qui eut une issue funeste et qui, pendant la vie du sujet, n'avait présenté d'autres signes stéthoscopiques que quelques râles de bronchite et une respiration très-affaiblie, anomalies que l'autopsie expliqua en faisant trouver dans la bronche droite le corps étranger, cause de tous les accidents (2).

7° *Les phénomènes d'auscultation peuvent manquer.* — D'après le témoignage de Laennec, les phénomènes fournis par l'auscultation seraient à peu près constants, puisque ce grand observateur ne les a vus manquer qu'une seule fois : ce fut chez une femme qui, au milieu d'un catarrhe aigu, médiocrement intense et sans fièvre, rendit pendant un jour ou deux plusieurs crachats caractéristiques d'une pneumonie; cependant l'exploration de la poitrine, faite à plusieurs reprises, ne laissa découvrir nulle part le râle crépitant. Laennec suppose que, s'il eût examiné sa malade beaucoup plus longtemps, il aurait fini par constater de la crépitation, tant il était convaincu que toute inflammation pulmonaire devait nécessairement se révéler par quelque symptôme stéthoscopique. Il n'en est rien pourtant; je vois, en effet, chaque année plusieurs malades chez lesquels il est impossible, à aucune époque de la pneumonie et après avoir répété l'exploration de la poitrine au moins deux

(1) *The Monthly Journal of medical science*, décembre 1841.

(2) *Dublin Journal*, t. V.

fois en vingt-quatre heures, de constater l'existence de la respiration tubaire, ou de la crépitation. Il faut en conclure que la pneumonie est alors centrale, qu'elle est entourée de toutes parts par une portion de poumon tout à fait saine, qui, par sa mollesse, son élasticité et la quantité d'air qu'elle contient, doit être, en effet, un mauvais conducteur des bruits pathologiques.

A l'article du diagnostic différentiel, je reviendrai avec quelques détails sur ces faits. Je rechercherai alors s'il est possible de diagnostiquer les pneumonies limitées à un petit espace ou situées à une certaine profondeur.

8° *Pulsations thoraciques.* — Le docteur Graves a prétendu, d'après un fait qu'il avait observé, que dans les cas de pneumonie, on pouvait percevoir par l'auscultation, au niveau des parties malades, la sensation d'un battement d'expansion, analogue à celui que donnerait une tumeur anévrysmale. On conçoit, dit Graves, que dans les engorgements mous et demi-fluides du poumon, cet organe uni au cœur par des vaisseaux larges doive être agité de pulsations fortes, presque égales à celles d'un anévrysme, ou bien encore à celles qu'on voit dans certaines tumeurs fongueuses ou cérébriformes. W. Stokes a adopté l'opinion de Graves, sans citer pourtant aucun fait concluant en sa faveur (1). Je ne sais si Hourmann et M. Dechambre ont voulu désigner un phénomène analogue à celui indiqué par Graves lorsqu'ils disent avoir perçu, dans un cas de pneumonie, sur toute la face antérieure gauche du thorax, *une sorte de vibration* isochrone à l'impulsion du cœur (2). Quoi qu'il en soit, c'est là un phénomène des plus rares, pouvant être perçu pourtant dans des pneumonies qui sont très-étendues, lorsque l'hépatisation est complète et lorsque le poumon malade est en rapport assez immédiat avec le cœur, pour que l'impulsion systolique puisse être transmise dans la parenchyme pulmonaire. Je crois, en effet, qu'il n'y a ici que propagation de l'impulsion du cœur, et nullement, comme le croit Skoda, battement des artères qui traversent la partie hépatisée.

§ 9. — **Vibration des parois thoraciques.**

Chez la plupart des individus qui parlent, la main appliquée sur la poitrine perçoit, à l'état normal, des vibrations plus ou moins fortes. Hourmann avait pensé qu'on pourrait tirer parti de ce

(1) *Loc. cit.*, p. 330.

(2) *Archives*, t. XII, 2e série, p. 50.

phénomène pour diagnostiquer la pneumonie, surtout chez les enfants. Il dit, en effet, que si l'on applique la paume de la main au niveau d'une portion de poumon hépatisée, pendant que l'enfant crie, on sent aussitôt le frémissement vibratoire des parois thoraciques, beaucoup plus prononcé que du côté sain (1).

Lorsque je rédigeai la première édition de ce livre, je me livrai à quelques recherches pour savoir si dans la pneumonie de l'adulte le frémissement vibratoire des parois thoraciques était augmenté comme la théorie semblait l'indiquer. Ayant étudié le phénomène chez des individus dont la pneumonie était parvenue au deuxième degré plus ou moins complet, je constatai que sur huit d'entre eux les vibrations thoraciques étaient sensiblement égales des deux côtés. Deux fois le phénomène était notablement plus marqué au niveau de l'hépatisation, mais la différence n'était pas très-considérable ; d'ailleurs, comme la maladie siégeait alors à droite et comme le retentissement normal est communément plus fort du côté droit, la différence que je constatai en faveur de ce dernier avait bien moins d'importance.

Postérieurement à ces recherches, M. Monneret a étudié le phénomène des vibrations thoraciques plus complétement qu'on ne l'avait fait avant lui, et il est arrivé à des résultats confirmatifs de l'opinion exprimée vingt ans auparavant par Hourmann. Pour M. Monneret, en effet, quelle que soit la région que la pneumonie occupe, pourvu qu'elle ait de 10 à 15 centimètres de surface, toujours elle donnerait lieu à un ébranlement si facile à constater, qu'on pourrait, d'après lui, arriver aisément à déterminer le siége de la pneumonie. Cette vibration morbide ne serait même point amortie lorsque l'hépatisation est entourée de toutes parts par une portion de poumon encore perméable, c'est ainsi que M. Monneret dit avoir pu dans trois cas reconnaître par ce seul signe une pneumonie centrale complétement latente. C'est en raison de ces résultats que M. Monneret, sans doute dans un moment d'enthousiasme que peut-être il éprouverait moins aujourd'hui, a signalé la vibration thoracique comme donnant au diagnostic de la pneumonie des signes plus utiles que ne le font la percussion et l'auscultation (2).

Malgré toute la confiance que je pouvais avoir dans les résultats que j'avais obtenus, j'ai dû, en raison de la haute estime que j'éprouve pour mon collègue et en face d'une opinion si diamétra-

(1) *Revue médicale*, année 1838, t. II, p. 137.

(2) *Revue médico-chirurgicale*, t. IV, année 1848.

lement opposée à la mienne, demander encore la solution du différend à une expérimentation nouvelle.

Depuis quelques années j'ai donc recherché de nouveau quel était l'état du frémissement des parois thoraciques au niveau des parties phlogosées. Mes expériences ont été faites sur seize malades chez lesquels la pneumonie était parvenue au deuxième degré, le plus souvent complet, parfois un peu mélangé encore du premier. J'ai choisi des pneumonies qui m'ont paru simples sans pleurésie concomitante, du moins sans épanchement pleural notable. Je pouvais en avoir la certitude lorsque la percussion ne me donnait point ce son si complétement mat qu'on obtient au niveau des épanchements pleuraux, lorsque j'avais bien la conscience que le souffle et la crépitation se passaient superficiellement, en quelque sorte sous l'oreille et lorsque la voix enfin n'était point égophone. Or, sur ces seize malades on a constaté une augmentation des vibrations au niveau de la pneumonie, à peine chez sept. La pneumonie siégeait trois fois à gauche et quatre fois à droite; la différence avec le point correspondant du côté opposé n'était jamais bien considérable, et plusieurs fois la nuance était si faible, si douteuse, qu'il fallait en quelque sorte de la réflexion pour la bien saisir, le phénomène, en un mot, n'était pas tout de suite net et aisément perceptible. Chez *cinq* (dont deux avaient une pneumonie *droite*), il était incontestable que le frémissement thoracique était amoindri au niveau de l'altération pulmonaire et il l'était parfois considérablement. Enfin chez quatre malades (dont trois avaient une pneumonie gauche), il n'existait aucune différence sensible entre le côté droit et entre le côté gauche. Crainte d'erreur de ma part, les résultats obtenus étaient toujours contrôlés par mon interne, souvent aussi par d'autres personnes m'inspirant toute confiance, et je ne les acceptais comme exacts que lorsque nous étions tous parfaitement d'accord.

On voit que les faits nouveaux ont confirmé ceux que j'avais recueillis pour la première édition de ce livre. Tous s'accordent pour prouver que le frémissement des parois thoraciques est très-variable dans la pneumonie. Tantôt nul, tantôt légèrement augmenté, tantôt diminué, il ne saurait donc avoir aucune espèce de valeur dans la pneumonie de l'adulte et du vieillard.

Skoda est arrivé longtemps après moi à une conclusion semblable; et M. Walshe, bien qu'il établisse, comme règle générale, que les vibrations vocales sont augmentées en intensité dans la pneumonie, reconnaît pourtant que parfois elles ne sont pas modifiées, et que dans quelques cas très-rares elles peuvent même être

diminuées (1). Nous avons vu plus haut que ces faits n'étaient pas aussi exceptionnels que le dit notre distingué confrère de Londres.

Si l'on croit si généralement que dans la pneumonie il y a toujours exagération du frémissement des parois, c'est parce qu'on a regardé le poumon hépatisé comme un meilleur conducteur des ondes sonores qu'un poumon perméable et rempli d'air. Mais on ne saurait établir aucune parité entre les poumons et les corps solides ordinaires; ceux-ci non-seulement conduisent les sons, mais souvent aussi ils les renforcent. Ce sont, en effet, des corps homogènes et qui ne changent pas d'un instant à un autre. Les poumons enflammés, par contre, sont des corps très-variables, non-seulement d'un individu à un autre, mais il est aisé de s'assurer aussi en fendant un poumon hépatisé que, d'un point à un autre même très-voisin, il y a des différences aisément appréciables; il n'y a pas, en un mot, homogénéité parfaite. On comprend ainsi sans peine que le plus ou moins de sang et de liquides extravasés, que la quantité variable de matière plastique qui est déposée, que le plus ou moins d'air encore contenu dans le parenchyme, que le degré plus ou moins marqué de cohésion du tissu feront que deux poumons ou deux portions d'un même poumon qui seront hépatisés ne seront pas pourtant absolument identiques. On comprend, par conséquent, que lorsqu'on choisit de pareils tissus comme conducteurs de sons, on n'arrive point à ces résultats nets et constants qu'on obtient quand on expérimente avec des corps d'une composition bien définie et invariable. Il est d'ailleurs aisé de se convaincre par une expérience fort simple, que les poumons hépatisés ont un degré de conductibilité très-variable. Si, en effet, à l'exemple de Skoda, une personne parle dans un stéthoscope appliqué sur un poumon hépatisé placé sur une table d'amphithéâtre, et que quelqu'un armé d'un autre stéthoscope ausculte en se plaçant à diverses distances, il pourra avoir la mesure du degré de conductibilité du poumon; or, en procédant ainsi, on arrive à des résultats très-différents. Sur des poumons hépatisés et qui ont la même apparence, on en trouve qui transmettent et renforcent les bruits; il en est d'autres qui transmettent moins bien les ondes sonores que ne le ferait un poumon sain. Skoda dit même (2) que des expériences répétées lui ont donné cette conviction que le son s'entend à une distance un peu plus grande à travers un poumon sain qu'à tra-

(1) *A practical treatise on the diseases of the Lungs*, p. 358. 1860, 3e édit.
(2) *Traité de percussion et d'auscultation*, traduit par Aran, p. 60.

vers un poumon hépatisé. On serait plus dans le vrai en disant avec Walshe, qui a aussi répété les mêmes expériences, que le tissu pulmonaire hépatisé peut à peu près indifféremment conduire les vibrations sonores tantôt plus, tantôt moins ou tantôt autant que le tissu pulmonaire normal. Le médecin anglais reconnaît, comme moi, que ces résultats différents et contradictoires peuvent être obtenus en opérant sur des poumons que l'on jugerait à la vue se trouver exactement dans les mêmes conditions sous le rapport de la quantité d'air, de liquides et de matériaux plastiques qu'ils contiennent. Il est évident pourtant que sous le rapport de l'acoustique ces poumons ne sont pas dans le même état physique. Ces portions du parenchyme pulmonaire, en apparence identiques, sont dans des états différents, aussi pour l'estimation de la puissance conductrice des poumons faut-il, quand ces organes sont enflammés, prendre en plus grande considération l'homogénéité du tissu que la solidification appréciable ; c'est, en effet, dans la diversité d'homogénéité de ces différentes portions du poumon que se trouve probablement la clef de la difficulté (1).

Les faits cliniques comme l'expérimentation sur le cadavre démontrent donc que dans la pneumonie la vibration vocale des parois thoraciques est plus souvent diminuée qu'augmentée. Ce phénomène d'ailleurs est si variable qu'on ne saurait lui accorder aucune valeur pour le diagnostic. Il doit paraître étrange que le frémissement vocal des parois soit diminué ou éteint dans le point même où à l'auscultation on entend un souffle rude, et lorsque le malade parle, une bronchophonie des plus retentissantes. On s'est trop habitué depuis Laennec à regarder ces phénomènes comme étant de même ordre et liés en quelque sorte les uns aux autres ; il n'en est rien. Ne voyons-nous pas tous les jours dans les épanchements pleurétiques une égophonie aigre et très-criarde sortir de la poitrine à travers le liquide sans que les parois soient en rien ébranlées, car la cessation du frémissement thoracique est alors un fait constant. Pourquoi dès lors s'étonner que dans l'hépatisation lobaire, si l'on réfléchit aux conditions nouvelles de structure du poumon, la voix bourdonnante et diffuse qui se répand dans les bronches n'imprime pas nécessairement des vibrations analogues aux parois thoraciques ? Les choses sont bien différentes dans les indurations fermes, dures, chroniques adhérant intimement aux parois, comme le sont les indurations tuberculeuses. Si, en outre, une cavité peu spacieuse se trouve creusée dans la masse, et si une

(1) *Traité de percussion et d'auscultation*, traduction d'Aran, p. 60, *en note*.

bronche volumineuse s'y ouvre, la voix du malade y retentira, elle s'y renforcera et elle traversera plus ou moins articulée la paroi thoracique en imprimant alors à celle-ci un frémissement énergique. Mais on voit aisément ici que les conditions physiques sont bien différentes de celles qu'on trouve dans la pneumonie parvenue au deuxième ou au troisième degré.

ARTICLE II.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX ET SYMPATHIQUES.

Dans le cours de la pneumonie, on voit les principaux organes de la vie animale et organique présenter des phénomènes morbides et participer ainsi sympathiquement au trouble des organes respiratoires. Je vais donc étudier successivement les symptômes fournis par les appareils de la circulation, de la digestion et de l'innervation.

§ 1er. — **Organes circulatoires.**

1° *Pouls.* — La circulation est plus ou moins constamment troublée dans la pneumonie. Le pouls s'accélère presque toujours et il acquiert plus d'ampleur et plus de force. Ces changements ont lieu dès le début de l'affection. La pneumonie est, parmi les maladies aiguës, l'une de celles qui accélère le plus les pulsations artérielles, c'est ce que prouve le tableau suivant. Sur 108 malades qui guérirent, le maximum des pulsations a été :

Chez 2	de 130 à 140 par minute.
2	de 120 à 130
15	de 116 à 120
26	de 108 à 112
32	de 100 à 108
13	de 90 à 100
12	de 80 à 90
4	de 70 à 80
2	de 60 à 70

D'où il suit que chez plus du quart des malades le pouls a donné moins de 100 pulsations par minute, tandis que chez plus de la moitié leur nombre s'est élevé de 100 à 116, et chez moins du cinquième il a varié de 116 à 140. Sauf quelques rares exceptions, la vitesse du pouls était en rapport avec l'étendue et avec la gravité

de la pneumonie ; chez six on a constaté quelques intermittences qu'aucune lésion cardiaque ne pouvait expliquer.

On peut dire, en général, que la fréquence des pulsations artérielles était en raison directe de l'accélération des mouvements respiratoires. Cependant on observe à ce sujet des exceptions assez nombreuses, et l'on ne saurait établir aucune proportion constante entre le total des respirations et celui des pulsations artérielles ; on ne pourrait surtout appliquer à l'état pathologique le rapport numérique de un à quatre et demi que le docteur Charles Cooper (1) a indiqué comme constant, entre le total des respirations et celui des battements du pouls. Si ce rapport, qui peut être exact pour l'état physiologique, continuait à l'être dans l'état morbide et surtout pendant la pneumonie, on devrait observer dans les pulsations artérielles une vitesse beaucoup plus considérable que celle qu'on note le plus communément.

Une circonstance digne d'être mentionnée c'est que chez le plus grand nombre des malades (presque les deux tiers) le pouls a atteint son maximum de fréquence dès le troisième ou quatrième jour de la maladie, quoique chez beaucoup d'entre eux la phlegmasie continuât à s'étendre pendant quelque temps encore. Chez tous les autres individus, la vitesse du pouls augmenta les jours qui suivirent ; bientôt arrivait une époque où le pouls, après être resté quelques jours stationnaire, diminua successivement de fréquence jusqu'à la guérison complète. Chez plus du tiers des malades la diminution des pulsations, au lieu de s'opérer d'une manière progressive et continue, éprouve des oscillations dont on ne retrouve pas toujours l'explication dans l'état local du sujet ; tandis que lorsque le pouls, après être revenu pendant quelques jours à son degré de fréquence habituel, reprend de nouveau plus de vitesse, il est possible le plus souvent de constater soit une recrudescence dans la pneumonie, soit quelque complication. Il est remarquable de voir avec quelle rapidité le pouls, chez certains malades, perd de sa fréquence morbide ; il n'est pas rare, en effet, d'observer dans l'espace de dix à douze heures, et à plus forte raison dans l'intervalle d'un jour, une différence de 12, 16, 20 et même jusqu'à 30 pulsations par minute.

Lorsque la pneumonie se termine d'une manière funeste, le pouls a généralement présenté un peu plus de fréquence pendant toute la durée de la maladie ; terme moyen, 10 pulsations de plus que lorsque les malades ont guéri. Dans les trois quarts des cas la

(1) *British and foreign Review*, january 1833.

vitesse a augmenté progressivement jusqu'au terme fatal; chez les autres, le pouls, compté la veille ou le jour même de la mort, fut trouvé beaucoup moins fréquent qu'à certaines périodes de la maladie; la différence fut de 10, 20, 32 pulsations par minute, et quelquefois davantage. C'est ainsi que sur un vieillard de soixante et dix ans, le pouls, après avoir présenté pendant une grande partie de la durée de la maladie 104 à 108 battements, tomba brusquement à 58 pulsations dans les vingt-quatre dernières heures.

Dans la pneumonie du jeune âge le pouls offrant les mêmes variations d'ampleur et de force qu'on remarque chez l'adulte, acquiert toujours une fréquence très-grande, parfois excessive, si on la compare à celle qu'on observe dans la pneumonie de l'âge adulte; mais il n'y a ici rien qui soit bien spécial à la pneumonie, c'est le caractère de l'état fébrile qui s'allume, chez les jeunes sujets, sous quelque influence que ce soit. Cependant de toutes les causes qui peuvent l'exciter, la pneumonie est une de celles qui produit l'accélération la plus grande. Il est ordinaire, en effet, dans la pneumonie qui atteint les enfants dans les deux ou trois premières années de la vie, de compter de 140 à 180 pulsations, jamais moins de 120. Ce dernier chiffre se retrouve souvent de six à quinze ans, même chez les sujets qui guérissent; et dans les cas où la maladie a une issue funeste, le pouls acquiert, surtout dans la première enfance, une fréquence telle qu'il devient à peu près impossible de le compter exactement, on l'a vu souvent alors s'élever à plus de 200 battements; il est petit, inégal, mais sans présenter ces intermittences qu'on note parfois chez l'adulte et plus fréquemment encore chez le vieillard. C'est, en effet, à ce dernier âge qu'on observe surtout le pouls intermittent. Ces intermittences qui existent à peine sur un quinzième ou sur un vingtième des pneumonies de l'âge adulte, se constatent peut-être cinq ou six fois plus souvent au delà de soixante et dix ans; elles commencent communément assez près du début; mais exceptionnellement elles peuvent apparaître pour la première fois à une période avancée et même dans les derniers jours de l'existence.

Si quelquefois le trouble de la circulation dont je viens de parler a sa raison d'être dans des lésions du cœur et surtout des orifices, le plus souvent pourtant il n'en n'est rien, le désordre que présente le pouls dans son rhythme tient uniquement à la maladie pulmonaire. Il n'est pas hors de propos de dire aussi que chez les vieillards il est commun de trouver le pouls plus ferme, plus résistant, plus dur qu'il n'est chez l'adulte, conservant cette dureté

après des saignées copieuses et même immodérées. Cela tient non à un excès d'énergie du cœur, mais à ce que le tissu artériel, devenu par les progrès de l'âge plus rigide, moins élastique, se laisse moins distendre que soulever vivement par l'impulsion de la colonne sanguine.

2° *Cœur.* — On peut dire que dans la pneumonie, le cœur ne présente, en général, d'autre phénomène morbide qu'une accélération dans ses battements. Cependant plusieurs auteurs ont noté que dans la pneumonie, 1° le volume du cœur était augmenté; 2° que les bruits normaux pouvaient être altérés ou remplacés par des bruits morbides; 3° que, par suite de l'altération du poumon, les contractions du cœur étaient perçues plus distinctement dans certains points de la poitrine; 4° enfin que l'action du cœur pouvait produire des pulsations dans des veines plus ou moins éloignées. Je vais successivement étudier chacune de ces questions en les soumettant à l'analyse d'un certain nombre de faits.

1. *Volume du cœur.* — Corvisart (1) signale la dilatation des cavités du cœur, comme étant un phénomène constant chez les sujets atteints de pneumonie double, marchant promptement vers une terminaison funeste. Il l'attribue à l'accumulation du sang qui se fait dans les cavités cardiaques, par suite de la gêne qu'éprouverait la circulation pulmonaire. M. Piorry (2) dit aussi avoir reconnu que dans les pneumonies et dans tous les cas où la respiration est gênée, le volume du cœur augmentait. Il me paraît que cette opinion est un peu exagérée. Ayant, en effet, chez 10 individus qui ont guéri, exactement limité le cœur par la percussion, et ayant répété cet examen plusieurs fois pendant toute la durée de la pneumonie, je n'ai pas trouvé de différence bien sensible entre le volume du cœur pendant que la maladie était à son plus haut degré d'intensité, et celui que cet organe avait à l'époque de la convalescence ou lorsque les malades quittaient l'hôpital. Chez deux autres individus que j'ai eu occasion d'examiner quelques heures avant la mort et au commencement même de l'agonie, le cœur occupait évidemment un plus grand espace; l'obscurité qu'on obtenait sur le sternum faisait présumer que cette augmentation avait lieu aux dépens des cavités droites : l'autopsie démontra, en effet, que celles-ci contenaient une masse considérable de caillots, qui probablement avaient commencé à se former dans les der-

(1) *Traduction d'*Avenbrugger. Paris, 1808, p. 426.

(2) *Traité de diagnostic et de sémiologie*, t. I, p. 101.

niers moments de l'existence. Ces faits porteraient à croire que dans la période aiguë de la maladie, lorsque le cœur jouit de toute son énergie, son volume reste à peu près le même, tandis que lorsque le terme fatal approche, et à une époque plus ou moins voisine de celle-ci, ses cavités s'agrandissent à cause de la stase sanguine.

II. *Timbre des battements, bruits morbides.* — J'examinerai au chapitre *Complications*, les changements qui peuvent survenir quelquefois dans le timbre des battements du cœur ; car, dans le cas où la pneumonie existe sans complication du côté du centre circulatoire, les bruits valvulaires n'éprouvent guère d'autre modification dans leur timbre que celle qu'on observe toutes les fois que la circulation est accélérée, et que les contractions du cœur se font avec plus de force que d'habitude.

III. *Transmission des bruits du cœur par le poumon hépatisé.* — Laennec (1) a avancé qu'un poumon hépatisé transmettait les battements du cœur avec plus de force que celui qui est sain et perméable à l'air. Cette opinion de l'illustre auteur du *Traité de l'auscultation* a été adoptée d'autant plus facilement par la plupart des médecins qu'elle semblait être une application de cette loi de physique, que les corps denses, très-solides, transmettent mieux les vibrations sonores que les corps flasques et mous, surtout quand ces derniers sont remplis par un fluide élastique, comme l'est le poumon à l'état physiologique. Toutefois, Laennec avait déjà reconnu lui-même que l'endurcissement du poumon par la pneumonie favorisait plutôt la propagation de l'impulsion que la transmission même des bruits.

J'ai cherché, à l'aide des faits que j'ai recueillis, à apprécier la valeur des opinions émises par l'illustre médecin ; voici ce que mes observations démontrent. Lorsque l'hépatisation occupe la partie postérieure des poumons dans une épaisseur plus ou moins considérable, quel que soit le côté affecté, et à quelque hauteur que le poumon soit pris, je n'ai jamais trouvé, sur 25 malades, que les battements de cœur fussent perçus avec plus de force au niveau des parties indurées. Chez 68 autres sujets affectés d'hépatisation du lobe supérieur, chez lesquels l'induration avait gagné la face antérieure jusqu'à deux ou quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule, je n'ai vu qu'un seul malade atteint de pneumonie droite, chez lequel les battements semblaient un peu plus intenses au niveau des parties indurées. Il est vrai que, pour tous ces malades, on peut objecter avec beaucoup de raison que l'hépatisation

(1) Tome III, p. 12, 4e édition.

était séparée du cœur par une portion plus ou moins considérable de tissu pulmonaire, souple et parfaitement perméable, qui était un mauvais conducteur des bruits du cœur et devait amortir l'impulsion de l'organe. J'ai donc examiné ce qui était arrivé lorsque l'hépatisation occupait le bord antérieur de l'un ou l'autre poumon, de manière que la partie malade fût en contact immédiat avec le péricarde. Or, voici les résultats que j'ai obtenus. En 1836, un malade âgé de quarante-six ans, succomba à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de la clinique, avec une pneumonie du lobe supérieur du poumon gauche; le bord antérieur de l'organe était hépatisé et il adhérait par de fausses membranes récentes au péricarde qu'il recouvrait en partie. Malgré une disposition aussi favorable pour la transmission des bruits du cœur, j'avais constamment noté, pendant les onze jours que le malade resta à l'hôpital, que les battements de l'organe étaient obscurs, moins sensibles à l'oreille, qu'ils étaient entendus profondément comme si un épanchement de liquide eût existé dans le péricarde. Chez un autre malade, qui avait une hépatisation de toute la face antérieure et du bord correspondant du poumon *droit*, j'ai également noté qu'au niveau des parties indurées les *battements de cœur étaient à peine perceptibles*. Ainsi, dans les deux faits que je viens de rapporter, il est évident que l'induration du poumon a eu pour résultat de rendre plus obscurs, d'étouffer, pour ainsi dire, les battements du cœur dont l'impulsion était devenue moins évidente et moins directe. L'effet contraire fut observé chez deux autres malades. L'un d'eux, âgé de vingt-huit ans, avait une pneumonie parvenue au deuxième degré, et occupant, comme chez le précédent, la face antérieure et le bord correspondant du poumon droit. En appliquant l'oreille à ce niveau, on reconnaissait aisément, outre les signes propres à la pneumonie, que les battements du cœur étaient devenus plus énergiques, leur timbre était plus métallique et l'impulsion était manifestement plus forte dans la région sus-mammaire *droite* qu'à gauche dans la région précordiale. Ces phénomènes ont diminué progressivement à mesure que la résolution de l'engorgement pulmonaire s'effectuait. Chez un autre malade, ayant une pneumonie tout à fait semblable à celle de l'individu dont je viens de parler, on distinguait jusqu'au-dessous de la clavicule une impulsion forte, comparable à celle qu'aurait donnée un cœur fortement hypertrophié. Toutefois, il était facile de s'assurer que l'oreille ne percevait pas les battements du cœur directement; mais on sentait qu'il y avait un corps dur intermédiaire qui recevait le choc de l'organe, et le transmettait plus fortement à l'oreille.

Ainsi voilà quatre faits en apparence identiques, et cependant chez deux on voit l'induration pulmonaire transmettre les bruits et l'impulsion du cœur, qui semblent même être exagérés, tandis que chez les deux autres un résultat tout opposé a été observé. Comment expliquer une si grande différence ? Faudra-t-il admettre que chez les deux premiers malades l'hépatisation était molle, que le tissu des poumons était splénisé, demi-fluide, condition qui devait le rendre moins bon conducteur ; tandis que chez les deux derniers sujets le tissu pulmonaire était plus dense, plus dur, et par conséquent meilleur conducteur du son et de l'impulsion ? Cette explication n'est pas admissible, car chez le premier individu dont j'ai parlé, chez lequel les battements du cœur avaient été si obscurs, si faibles, si profonds, le bord antérieur avait présenté une hépatisation extrêmement solide et résistante ; il faut donc qu'il y ait eu, dans ces cas, quelque autre condition physique qui nous ait échappé.

En résumé, l'hépatisation pulmonaire peut propager aussi bien les bruits du cœur que transmettre l'impulsion de l'organe ; mais ces phénomènes paraissent manquer souvent, même dans les conditions qui semblent les plus favorables à leur production. Les faits observés à la Salpêtrière par Hourmann et M. Dechambre confirment ce que j'ai vu moi-même. Ces médecins disent, en effet, que, lorsque la pneumonie avaient envahi le bord antérieur du poumon, les bruits du cœur diminuaient, puis cessaient plus ou moins complétement. D'autres fois, le cœur, repoussé à droite, semblait très-gêné dans ses mouvements, qui diminuaient de force tandis que les bruits valvulaires étaient étouffés (1).

IV. *Pouls veineux.* — Graves a avancé que l'action du cœur suffisait aussi pour produire des battements, non-seulement dans le poumon enflammé avec lequel il est en rapport par des vaisseaux larges, mais encore dans les veines superficielles des extrémités. C'est ainsi qu'il dit avoir vu un jeune homme atteint de pneumonie, chez lequel l'action du cœur était tellement puissante, qu'une pulsation distincte, correspondant à chaque contraction des ventricules, était perceptible dans toutes les veines du dos de la main. Je n'ai jamais recherché le phénomène dont Graves parle, et qui, dans ce cas particulier, pouvait bien reconnaître quelque complication cardiaque. Toutefois, j'ai observé quelque chose d'analogue chez un homme atteint de pneumonie du sommet : chez lui, en effet, je constatai pendant plusieurs jours l'existence du pouls veineux dans la veine jugulaire correspondant au poumon malade. Ce phéno-

(1) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 49.

mène dépendait certainement de la pneumonie seule, car il disparut lorsque celle-ci commença à diminuer ; d'ailleurs, le malade n'avait présenté à aucune époque de symptômes de maladie du cœur ou du péricarde. M. Bouillaud rapporte aussi (1) une observation de pneumonie dans laquelle on voit que la veine jugulaire droite, correspondant au poumon malade, était gonflée et avait le volume d'une plume à écrire, tandis que celle du côté gauche était affaissée. Il est probable que le gonflement de la veine dépendait d'une compression exercée sur ce vaisseau par le sommet du poumon hépatisé. Lorsque la maladie diminua d'intensité, la veine devint aussi de moins en moins tuméfiée. Il est à regretter que, lors de la convalescence ou à l'époque où le malade quitta l'hôpital, on n'ait pas indiqué si le vaisseau avait repris tout à fait son volume normal.

V. *État du sang.* — Dans l'anatomie pathologique j'ai déjà parlé de l'aspect que le sang présente après la mort, surtout dans les cavités du cœur. Je dois actuellement dire un mot des qualités de ce fluide que l'on a extrait pendant la vie à l'aide de la phlébotomie ou des ventouses.

Les auteurs ont reconnu depuis longtemps que le sang qui provenait d'un individu atteint de pneumonie présentait un caillot ferme, résistant, dont la surface se recouvrait d'une couenne, variable pour l'étendue, l'épaisseur, la coloration et la consistance. Cette couenne a été rencontrée si universellement dans les phlegmasies de poitrine, que beaucoup d'auteurs l'ont désignée sous le nom de couenne pleurétique (*crusta pleuritica*). Mes observations sont conformes à celles de tout le monde. J'ai vu, comme tous les auteurs qui m'ont précédé, que le sang qui était extrait, pendant la vie, de la veine d'un pneumonique, se recouvrait à peu près constamment d'une couenne plus ou moins épaisse, et que le caillot offrait généralement plus de consistance. La couenne a manqué pourtant quelquefois un peu plus fréquemment chez les sujets dont la pneumonie eut une issue funeste que chez les individus qui guérirent. Chez les premiers, en effet, j'ai vu la couenne manquer complétement dans presque un cinquième des cas, tandis que chez les seconds elle n'a point existé chez un onzième seulement. M. Louis est arrivé à des résultats qui diffèrent peu des précédents. Cet auteur dit, en effet (2), qu'ayant examiné avec soin le sang de 24 indi-

(1) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité.* Paris, 1837, t. II, p. 56, dixième observation.

(2) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, t. II, p. 176.

vidus morts de péripneumonie, il vit ce liquide se couvrir d'une couenne chez 19 d'entre eux : couenne ferme, épaisse à chaque saignée dans 14 cas; plus ou moins molle et infiltrée dans les autres; le caillot était rétracté chez les deux cinquièmes des malades. La couenne était plus constante chez 57 péripneumoniques qui guérirent, de manière qu'elle ne manqua que chez 6 d'entre eux; chez tous les autres, la couenne était plus ou moins épaisse; les 6 malades dont le caillot ne présenta pas de couenne avaient été saignés deux fois, et ce caractère du caillot avait été le même à chaque saignée. Il y eut un retrait plus ou moins considérable chez 33 sujets.

Sauf quelques rares exceptions, je n'ai guère noté le retrait du caillot, ses bords renversés, sa forme en champignon, que lorsque les malades avaient déjà été saignés plusieurs fois. Lorsque le caillot présentait cette forme il était presque toujours recouvert d'une couenne. La sérosité était alors en quantité beaucoup plus considérable que lors des premières saignées. Cela indique-t-il nécessairement que la proportion du sérum était réellement augmentée? Il est bien probable que, sous l'influence des saignées répétées, le sérum devient plus abondant, mais il l'est certainement moins qu'il le paraît. En effet, le caillot et la couenne ne présentent la fermeté et ce petit volume que parce que tout le sérum en a été exprimé par suite du retrait de la fibrine. Rasori a prétendu (1) que, toutes choses égales d'ailleurs, le sérum se séparait d'autant plus que l'inflammation était plus forte, de sorte que sérum et couenne augmentaient en proportion directe. L'opinion de Rasori a quelque probabilité, puisque j'ai dit précédemment que le caillot en champignon se remarquait surtout après les deux premières saignées, c'est-à-dire à une époque où la phlegmasie continue de s'accroître, ou bien lorsque, parvenue à son apogée, elle reste pendant quelque temps stationnaire.

La couenne est généralement d'un blanc grisâtre ou d'un gris verdâtre uniforme; si elle est mince elle donne souvent un reflet rougeâtre, ce qui dépend de la couleur rouge du caillot subjacent. L'épaisseur et la consistance de la couenne présentent de très-grandes différences; elles sont généralement d'autant plus considérables que les individus sont plus robustes, et que l'inflammation est plus vive; cependant nous avons rencontré de nombreuses exceptions. Il m'a semblé impossible de donner ici les

(1) *Théorie de la phlogose*, traduit de l'italien par S. Pirondi. Paris, 1839, t. I, p. 41.

rapports numériques de toutes ces différences, car la consistance du caillot et les propriétés de la couenne ont varié suivant les individus, chez le même sujet, aux différentes saignées qui furent pratiquées; elles ont même été diverses pour une même saignée, lorsque le sang n'était pas reçu dans les mêmes vases ou bien lorsqu'il était exposé à des influences opposées. Ainsi, la largeur de l'ouverture, la manière dont le sang s'écoulait par jet ou en bavant, la température extérieure ainsi que celle du vase, la forme de celui-ci, l'aspect de ses parois, son état d'agitation ou de repos, la séparation plus ou moins complète de la sérosité, etc., étaient tout autant de conditions qui faisaient varier les propriétés physiques de la couenne et du caillot. Lorsque la sérosité restait combinée à la couenne, celle-ci offrait une épaisseur qui pouvait dépasser 3 centimètres, et elle présentait souvent alors un aspect comme gélatineux. Si le caillot retenait aussi la sérosité, il était moins consistant, et, à sa face inférieure, le sang était noirâtre, diffluent, cailleboté. Dans deux cas, cette diffluence du caillot ne dépendait pas de la sérosité; celle-ci paraissait s'être assez complétement séparée, et cependant le sang était réuni en une masse noirâtre, grumelée et diffluente. Dans un des cas, on pouvait expliquer l'état du sang par la constitution du sujet qui était affaibli, cachectique; dans l'autre, au contraire, le malade était vigoureux, la pneumonie était franchement inflammatoire et avait peu de gravité; il était donc impossible de trouver aucune relation apparente entre l'aspect du sang et l'état constitutionnel.

A part la coloration jaune que la sérosité et la couenne ont présentée à peu près constamment, dans le cas de complication bilieuse, je n'ai trouvé aucun état particulier du sang qui coïncidât toujours ou même ordinairement avec les formes spéciales de la pneumonie, avec la constitution, la force du sujet et l'intensité de la maladie, de sorte qu'en définitive, l'examen du sang fournit au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique beaucoup moins de lumières qu'on ne le croit communément.

Hourmann et M. Dechambre ont dit qu'un des traits spéciaux les plus remarquables de la pneumonie des gens âgés était fourni par l'état du sang qui ne serait couenneux chez eux que dans la minorité des cas; sur vingt-quatre saignées pratiquées chez des gens âgés qui succombèrent, la couenne n'a existé que huit fois; elle fut trouvée neuf fois sur vingt-trois saignées faites chez des malades qui guérirent (1). Cette absence de couenne ne tient point, d'après moi, à l'âge des

(1) *Archives générales*, 2e série, t. XII, p. 173.

sujets, mais à des circonstances purement accidentelles. En effet, les vieillards atteints de pneumonie grave tombent aisément, comme je le dirai plus tard, dans un état de collapsus et de prostration; leurs mouvements sont plus difficiles; aussi le sang qui sort de la veine, au lieu de s'échapper par un jet fort et continu, ne s'écoule qu'avec peine, en bavant, et l'on sait que c'est là une circonstance défavorable pour la formation de la couenne. Je me suis d'ailleurs assuré qu'au-dessus de soixante ans le sang était aussi souvent couenneux que dans l'âge adulte, pourvu que les conditions eussent été les mêmes.

Le sang analysé offre le caractère qu'on trouve dans toutes les phlegmasies, c'est-à-dire qu'il y a une augmentation dans le chiffre normal de la fibrine. MM. Andral et Gavarret ont en outre démontré que la pneumonie était une des inflammations qui augmentait le plus la proportion de fibrine dans le sang. Sur quatre-vingt-quatre saignées pratiquées dans le cours de pneumonies bien caractérisées, il y en eut sept seulement où le chiffre de la fibrine oscilla entre quatre et cinq; dans les soixante et dix autres il dépassa ce dernier chiffre, se maintenant onze fois entre cinq et six; dix-neuf fois entre six et sept, quinze fois entre sept et huit, dix-sept fois entre huit et neuf; neuf fois entre neuf et dix, ou dépassant même un peu ce dernier nombre (1).

L'augmentation de la fibrine est un fait constant, elle survient dès le début de la phlegmasie, elle semble se produire simultanément avec la lésion du solide, elle s'accroît puis diminue avec elle, elle en suit les phases diverses.

§ 2. — Chaleur, sueurs, état fébrile.

Une chaleur le plus souvent vive et incommode est un des phénomènes qui survient dès le début de la maladie et qui succède immédiatement au frisson. Je n'ai jamais mesuré le degré de la chaleur morbide à l'aide d'un thermomètre, car je crois avec beaucoup de médecins et en particulier avec Chomel (2), que la main est encore le meilleur instrument que l'on puisse employer pour ces recherches. La chaleur cutanée a présenté des différences très-grandes. Modérée chez un bon quart des malades, et pendant toute la durée de leur affection, elle était chez tous les autres vive, souvent sèche, mordicante, et, en général, proportionnée à l'accélé-

(1) *Essai d'hématologie pathologique*, p. 87. Paris, 1843.

(2) *Pathologie générale*, 3e édition, p. 296.

ration du pouls et à la fréquence de la respiration; il n'était pas très-rare pourtant de voir des individus chez lesquels il n'existait aucun rapport entre l'excitation du pouls et la chaleur fébrile; celle-ci a offert d'ailleurs peu de différence chez les individus qui ont guéri et chez ceux dont la maladie eut une issue funeste. Dans les deux cas, la chaleur n'est restée sèche, âcre, qu'exceptionnellement et pendant quelques jours seulement; presque toujours la peau s'est promptement humectée.

Des recherches thermométriques nombreuses entreprises surtout par M. H. Roger (1), ont prouvé que de toutes les affections aiguës de poitrine, aucune ne donnait lieu à un aussi grand développement de chaleur animale que la pneumonie. Chez les deux tiers des malades le thermomètre a atteint ou dépassé 40 degrés; la chaleur est vive à toutes les époques. Ce qui prouve, dit M. Roger, que le progrès de la maladie et le degré plus ou moins avancé des lésions anatomiques ne sont pas la cause du développement plus ou moins considérable de la chaleur, c'est que les maxima ont été obtenus quinze fois sur dix-sept dès le début, dès la première expérience. Il est digne de remarque aussi que lorsque la maladie marche vers une terminaison fatale, la température s'abaisse un peu; la moyenne de trois expériences faites le jour même de la mort est de 39°,33. C'est là en quelque sorte la seule circonstance qui modifie la chaleur animale, car l'étendue de la pneumonie, son siége, ses formes, sa gravité même ne paraissent pas avoir plus d'influence sur la production de la chaleur que le degré des lésions pulmonaires. C'est sur des enfants que M. Roger a institué ses expériences, mais ses résultats concordent parfaitement avec ceux obtenus par M. Andral (2) qui indique pour moyenne de température chez les individus adultes atteints de pneumonie, 39°,65.

Quelle qu'ait été la terminaison de la pneumonie, des sueurs plus ou moins copieuses ont été notées chez la plupart des malades dès les premiers jours de l'affection ; l'abondance de ces sueurs, indépendantes de la température extérieure, ainsi que du siége et de l'étendue de la pneumonie, ont été notées un peu plus fréquemment chez les sujets qui avaient moins de cinquante ans que chez ceux qui avaient dépassé cet âge. J'ai également observé que les sueurs qui avaient lieu au début de la maladie n'apportaient presque jamais de soulagement, et ne modifiaient aucun des symptômes de la pneumonie : elles étaient symptomatiques et nullement critiques.

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, t. VI.

(2) Cours professé à la Faculté en 1841.

Elles diminuaient ou cessaient souvent pour revenir plus tard, lorsque la fièvre déclinait; c'est alors pendant le repos de la nuit, qu'elles sont, en général, le plus copieuses et qu'elles deviennent assez considérables pour forcer les malades à changer une ou plusieurs fois de linge. Je regrette de n'avoir jamais recherché, dans ces cas, l'existence des sudamina ; toutefois il est probable qu'il n'en existait sinon jamais, du moins fort rarement, puisque de toutes les maladies aiguës, la pneumonie est une de celles dans laquelle M. Louis (1) n'en a point rencontré; il a vu surtout cette éruption manquer tout à fait dans six cas de pneumonie où les sueurs ont été le plus copieuses. Ce que je viens de dire de l'adulte s'applique aux autres âges.

Chez les enfants, l'invasion de la pneumonie est marquée par une chaleur vive, quelquefois excessive ; c'est chez eux qu'on trouve le plus souvent les maxima, comme 40 et même 41 degrés. Chez les nouveau-nés, si la pneumonie est simple, la chaleur de la peau sera, avec l'accélération de la respiration, un de ses premiers symptômes; mais dès que la maladie est arrivée à une certaine période, on la voit parfois diminuer, décroître jusqu'à la mort; elle finit même par être remplacée par le froid des extrémités et par une chaleur très-faible du tronc, tandis que, contrairement à ce qu'on a dit, le pouls s'accélère de plus en plus et n'est jamais aussi fréquent que lorsque la mort est prochaine.

Chez les personnes très-âgées, la chaleur cutanée paraît présenter de plus grandes variations que chez l'adulte. En général, la peau est chaude et sèche, et peut offrir ces caractères jusqu'à la mort, ou bien elle se refroidit en restant sèche ; d'autres fois elle se couvre d'une sueur humide et poisseuse ; enfin, dans quelques cas rares, la peau peut présenter une chaleur normale dans tout le cours de la maladie, ou bien être moite sans que la transpiration paraisse augmentée (2). Des recherches thermométriques, aussi exactes que celles qui ont été faites chez l'enfant et chez l'adulte, manquent pour le vieillard. Toutefois il est légitime de conclure de ce qui précède, que chez les sujets âgés, comme d'ailleurs chez les enfants les plus jeunes, et généralement aussi dans les pneumonies consécutives, on doit trouver les minima, c'est-à-dire une température oscillant entre 38 et 39 degrés.

En résumé, la fièvre, qui est spécialement caractérisée par l'élévation de la température et par l'accélération du pouls, est un sym-

(1) *Loc. cit.*, 2e édition, t. II, p. 3.

(2) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 168.

ptôme capital dans les pneumonies. L'intensité du mouvement fébrile est généralement proportionnée à l'étendue de la phlegmasie : toutefois, dans quelques constitutions, spécialement pendant certaines épidémies, on voit une fièvre intense coïncider avec des pneumonies très-circonscrites. En général, et toutes choses égales d'ailleurs, la réaction fébrile est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte ; elle est surtout plus marquée que chez le vieillard. Quel que soit l'âge des sujets, elle est essentiellement *continue* ou *continente*, pour parler le langage des anciens, c'est-à-dire que son mouvement se soutient au même degré de force pendant plus ou moins longtemps. Sur 100 malades qui ont été examinés soir et matin, il y en a 72 chez lesquels j'ai constaté, une ou plusieurs fois dans la soirée, une augmentation plus ou moins considérable du mouvement fébrile sans nouveau frisson précurseur. Cette exaspération paraissait avoir été quelquefois provoquée par une émotion morale, par la fatigue qu'avaient fait éprouver des visites importunes, des écarts de régime, l'impression du froid, etc. ; mais chez la presque totalité des malades, l'augmentation du mouvement fébrile que je remarquai le soir, paraissait se lier exclusivement, comme celle de la plupart des maladies aiguës, à la révolution du jour et de la nuit.

La fièvre est la compagne si ordinaire de la pneumonie, que presque tous les médecins la croient constante, indispensable en quelque sorte. J'ai longtemps partagé cette opinion, mais elle me paraît trop exclusive. Depuis la première édition de ce livre, j'ai vu quelques pneumonies complétement apyrétiques : leur diagnostic ne pouvait être incertain, car elles se caractérisaient par l'expectoration rouillée, par la crépitation fine et sèche, plusieurs même étaient parvenues au degré d'hépatisation rouge, et cependant la peau restait fraîche, le pouls oscillait entre 50 et 65 pulsations, la langue était presque nette et il n'existait aucun de ces troubles qui accompagnent communément tout état fébrile même peu intense. C'est là une anomalie, sans doute, mais elle n'est pas spéciale à la pneumonie. Il est peu de phlegmasies dans lesquelles la fièvre n'ait fait quelquefois défaut ; pour la pneumonie la chose est plus rare, sans doute, que pour toute autre, et puis, en y regardant de très-près, on ne peut pas dire toujours que la fièvre ait absolument manqué ; le plus ordinairement, dans les cas dont je parle, elle a eu plutôt une durée éphémère de quelques heures, d'un ou de deux jours, puis elle s'est éteinte, tandis que l'état local persistait au même point et gagnait même parfois en étendue.

§ 3. — Organes digestifs.

Les symptômes qu'on observe dans le cours de la pneumonie du côté des organes digestifs ne présentent rien qui soit spécial à cette maladie. Ce sont ceux, en effet, qui accompagnent la plupart des autres affections pyrétiques.

1° *Langue.* — La langue, examinée sur 200 malades, a presque constamment présenté quelques modifications dans sa couleur ou son humidité. Chez près des deux tiers, elle offrait un enduit blanchâtre d'une épaisseur variable; quelquefois cet enduit était jaunâtre. Chez un dix-neuvième des individus adultes, un peu plus fréquemment chez ceux qui ont succombé que chez ceux qui ont guéri, la langue fut aride, plus ou moins sèche, rouge et brunâtre. Cet état coïncidait généralement avec un appareil fébrile intense; il apparaissait rarement avant le cinquième, le sixième ou le septième jour de l'affection. Chez un treizième des sujets, la langue n'a présenté aucune modification bien notable sous le rapport de son volume, de sa coloration, de son humidité. Chez ces malades, la fièvre était en général moins intense que précédemment; toutefois j'ai vu un individu qui succomba à une pneumonie, et chez lequel la langue resta parfaitement naturelle pendant tout le cours de la maladie.

Ce que je viens de dire de l'état de la langue dans la pneumonie est vrai pour les individus compris entre quinze et cinquante ans; mais il n'en est plus de même aux deux extrémités de la vie. Ainsi, dans le jeune âge, la langue reste presque toujours humide, et l'enduit qui la recouvre est généralement plus épais, tandis que chez les vieillards, la langue a une grande tendance à la sécheresse, et rien n'est plus commun que de voir, dès les premiers jours, la face supérieure de la langue devenir aride, râpeuse et couverte d'un enduit brunâtre.

2° *Saveur.* — Les deux tiers des malades à peu près n'ont eu aucune saveur particulière; la plupart se plaignaient d'un goût fade : ils avaient la bouche pâteuse; les autres accusaient au contraire une saveur amère; celle-ci paraissait coïncider plus fréquemment avec l'enduit jaunâtre de la langue.

3° L'*inappétence* a été un symptôme constant et a persisté, sauf quelques rares exceptions, pendant toute la durée du mouvement fébrile. Je n'ai jamais eu occasion d'observer cet appétit vorace que Chomel a noté plusieurs fois pendant la violence de la ma-

ladie, et qui fut constamment l'indice d'une mort prochaine (1).

4° *Soif.* — La soif a présenté de grandes variations, non-seulement chez les divers malades, mais encore chez le même individu. L'intensité de la soif n'était pas, à beaucoup près, en rapport avec l'acuité du mouvement fébrile; toutefois on peut dire en règle générale que lorsque la soif était très-vive, la fièvre était aussi très-forte. Je n'ai trouvé aucun rapport ordinaire entre l'intensité de la soif et l'abondance de la transpiration.

5° *Vomissements.* — J'ai noté des vomissements chez un cinquième des malades, un peu plus souvent chez ceux qui ont succombé que chez ceux qui ont guéri : résultats qui concordent avec ceux obtenus, il y a déjà longtemps, par M. Louis. Les vomissements eurent lieu à une époque rapprochée du début ; dans presque tous les cas, en effet, ils furent observés dans les trois premiers jours de l'affection. Lorsque la pneumonie se déclare peu après le repas, les vomissements sont très-ordinaires, et l'on constate alors tous les signes d'une indigestion stomacale. Les malades rejettent des aliments plus ou moins altérés; plus tard, les vomissements sont muqueux, puis bilieux. Chez les deux tiers, les vomissements ne furent que momentanés; chez les autres, ils persistèrent pendant un, deux, trois et quatre jours, se reproduisant alors à des intervalles plus ou moins éloignés. Un tiers des malades n'a éprouvé que quelques nausées.

6° *Dévoiement, constipation.* — La plupart ayant pris, soit du tartre stibié, soit de l'eau de Sedlitz ou de l'huile de ricin, je n'ai pu étudier l'influence qu'exerce sur le gros et le petit intestin un mouvement fébrile un peu prolongé. Toutefois, sur 51 malades qui, dans les six premiers jours de la pneumonie, ne firent usage d'aucun purgatif, et qui en outre ne commirent aucun écart de régime, il y a 42 chez lesquels j'ai noté de la constipation ou des selles régulières; les 9 autres malades éprouvèrent une diarrhée légère, qui survint surtout le premier et le cinquième jour, n'eut qu'une durée d'un à six jours, et s'accompagna communément de quelques douleurs abdominales. M. Louis a le premier démontré que ces diarrhées étaient généralement produites par une altération plus ou moins étendue de la muqueuse intestinale, altération dont le degré et la fréquence sont proportionnés à la violence du mouvement fébrile. Il faut donc conclure que la diarrhée sera un symptôme d'autant plus commun que les malades seront arrivés à une période plus avancée. M. Louis (2), qui a noté la diarrhée chez

(1) *Pathologie générale.* Paris, 1840, 3e édition, p. 536.

(2) *Fièvre typhoïde,* 2e édition, t. I, p. 440.

23 des 35 pneumoniques qui ont succombé, observe que ce symptôme fut proportionnellement moins fréquent chez ceux qui moururent avant le onzième jour de la maladie que chez ceux qui succombèrent après cette époque. Elle était beaucoup moins fréquente, beaucoup moins forte au début que quelques jours avant la mort, et n'eut lieu que chez la moitié des sujets emportés par d'autres maladies aiguës généralement moins inflammatoires que la pneumonie.

Modifications imprimées par l'âge des malades. — Elles sont peu importantes, et ne portent guère que sur la fréquence des symptômes. Aussi, chez les jeunes sujets, les vomissements et les selles diarrhéiques se remarquent chez une moitié des malades; les vomissements ne sont guère qu'un accident peu important du début de l'affection ; mais il n'en est pas de même de la diarrhée, qui, plus intense dans les formes graves, vient souvent ajouter elle-même au danger; c'est ce qu'on remarque surtout chez les plus jeunes sujets. MM. Rilliet et Barthez ont remarqué enfin que la pneumonie provoquait chez les enfants une soif beaucoup plus vive qu'on ne le remarque dans les autres maladies fébriles de l'enfance (1).

La vieillesse apporte aussi quelques modifications dans l'influence sympathique que la pneumonie exerce sur les organes digestifs. C'est en effet chez les vieillards surtout que la langue se dessèche et se recouvre promptement d'enduits noirâtres et fuligineux. C'est ainsi que les deux tiers des malades dont la langue a offert ce caractère avaient tous dépassé soixante-deux ans. Hourmann et M. Dechambre (2) ont noté également que chez les vieilles femmes de la Salpêtrière qui sont affectées de pneumonie, la langue est le plus souvent sèche, racornie, dure, fendillée, etc. La diarrhée m'a paru un peu moins fréquente au début de la pneumonie chez les vieillards que chez l'adulte; toutefois il ne paraît pas en être de même à une période avancée : ainsi, à la Salpêtrière on a observé que ce symptôme se manifestait surtout à un degré avancé de la pneumonie, et qu'il avait plus de tendance que chez l'adulte à s'établir d'une manière permanente après l'emploi des purgatifs.

(1) *Maladies des enfants*, t. I, p. 524, 2e édition.
(2) *Archives*, 2e série, t. XII, p. 166.

§ 4. — Examen de l'urine.

J'ai étudié les caractères de l'excrétion urinaire chez quarante-deux individus adultes atteints de pneumonie primitive; le liquide a été recueilli le plus souvent directement pendant la visite et examiné sous le rapport de sa quantité, de sa couleur, de son odeur, de son acidité, de sa transparence, de ses dépôts et des précipités qu'on y faisait naître en la chauffant ou en la traitant par l'acide nitrique.

On a dit que dans la période aiguë de la pneumonie, l'urine était sécrétée en quantité moins considérable que de coutume. Cette opinion m'a paru être vraie pour la moitié des malades; toutefois, je n'ai pu avoir à ce sujet aucune certitude absolue, car il eût fallu pour cela recueillir toute l'urine excrétée dans les vingt-quatre heures, pendant toute la durée de la maladie et pendant la convalescence, en ayant égard aux diverses circonstances, telles que les sueurs, la quantité de boissons ingérées, qui pouvaient modifier la sécrétion rénale. Chez l'autre moitié des malades, tantôt l'urine n'a semblé éprouver aucune modification dans sa quantité, tantôt les individus étaient trop souffrants ou trop peu intelligents pour que leurs réponses pussent m'inspirer quelque confiance.

L'urine rendue dans la période aiguë de la pneumonie est généralement d'une couleur plus foncée, rouge ou jaune. Dans un tiers des cas seulement, elle m'a paru plus acide que d'ordinaire, car le papier bleu de tournesol avec lequel je la mettais en contact était rougi très-fortement et instantanément. Je crois qu'on a eu tort de signaler l'excès d'acidité de l'urine comme étant un phénomène constant dans la première période de la pneumonie; cet effet ne peut avoir lieu que lorsque le liquide contient un excès d'acide libre qui est ordinairement de l'acide urique. On a encore prétendu que dans la pneumonie, l'odeur de l'urine était plus vive et plus pénétrante que de coutume. Ce n'est que chez la moitié des malades à peu près que l'urine m'a paru exhaler une odeur plus forte que d'habitude; mais je n'ai guère cherché à spécifier cette odeur. Les détails dans lesquels on est parfois entré à cet égard n'offrent aucune espèce d'utilité (1).

Chez le quart des malades dont j'ai examiné l'urine, j'ai vu, du quatrième au neuvième jour de la maladie, ce liquide se troubler spontanément et présenter des nuages, des dépôts, des sédiments

(1) Bouillaud, *Clinique de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 178.

plus ou moins considérables ; toutefois, il est probable que si j'avais constamment examiné les urines plusieurs heures après leur émission, j'aurais observé des énéorèmes et des dépôts bien plus fréquemment. On sait, en effet, que certaines urines rendues dans la période la plus aiguë des phlegmasies, doivent à l'excès d'acide qu'elles contiennent la propriété de ne se troubler que lentement par le refroidissement, et de ne donner lieu qu'à un léger sédiment. M. Bouillaud a annoncé (1) que vers la fin du deuxième degré et dans le cours du troisième, les urines se troublaient et précipitaient abondamment. Il dit que le précipité est composé de flocons jaunâtres ou grisâtres, ou bien d'une matière blanchâtre, épaisse, liquide, ressemblant à du pus, tandis que dans la convalescence le liquide reprend sa limpidité. Ces premiers résultats de M. Bouillaud sont loin d'être confirmés par les faits qu'il a réunis depuis dans sa clinique. Quant à mes propres observations, je dirai que chez quatre malades qui ont succombé avec une hépatisation rouge ou grise, l'urine examinée pendant toute la durée de la maladie, a été plusieurs fois un peu trouble; mais elle n'a jamais présenté spontanément un dépôt un peu copieux. C'est pendant la convalescence même, ou au moment de la diminution des accidents, ou bien quelques jours avant cette époque, que les urines ont déposé. Ces résultats sont conformes à ceux de M. Rayer (2). Cet éminent observateur a remarqué que dans la dernière période de plusieurs maladies aiguës, quand elles approchent de leur solution, les malades rendent quelquefois une urine moins aqueuse que l'urine normale; elle se trouble rapidement, et donne un sédiment considérable, formé particulièrement par de l'urate d'ammoniaque, mélangé ou non d'acide urique, substances dont M. Rayer a souvent constaté l'abondance dans l'urine des sujets affectés de pneumonie (3).

C'est là un phénomène commun à beaucoup d'autres états aigus, mais on ignore encore si la pneumonie modifie autrement que les autres maladies pyrétiques la constitution chimique de l'urine, surtout la proportion des matières solides. On a dit, par exemple, que dans la pneumonie les chlorures diminuaient et finissaient par disparaître de l'urine; tandis qu'ils se montraient en forte proportion dans les crachats, dans les produits d'exsudation du poumon et dans le sérum du sang; que la résolution aussitôt commencée, on voyait le chlorure de sodium augmenter graduellement et revenir

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIII, p. 376.

(2) *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839, t. I, Prolégomènes, p. 78.

(3) Même volume, p. 51.

à son chiffre normal. Ce point curieux de chimie pathologique, passé à peu près inaperçu en France, a été signalé, pour la première fois, par Redtenbacher (1). Bientôt le docteur Beule a confirmé ces observations, qui furent sanctionnées plus tard par le docteur Todd (2).

Le procédé pour reconnaître la présence du chlorure est fort simple. Il suffit d'ajouter quelques gouttes d'acide nitrique dans une certaine quantité d'urine contenue dans un tube à expériences, puis quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent. S'il y a un chlorure, il se fera un précipité blanc de chlorure d'argent.

Chez les 42 malades dont j'ai recueilli l'histoire, j'ai constamment traité l'urine par l'acide nitrique, et voici les résultats que j'ai obtenus. Sur les 4 malades qui ont succombé, nul n'a présenté dans l'urine ni trouble ni coagulum, soit par l'acide, soit à l'aide de la chaleur. Chez les 38 malades qui ont guéri, l'urine, traitée par l'acide nitrique, n'a rien offert d'anormal chez 2 sujets ; mais chez tous les autres le réactif a produit des nuages et des coagulum situés plus ou moins près de la surface du liquide, ou bien il a donné des précipités blancs ou grisâtres, d'aspect albumineux, qui gagnaient le fond du vase. Ces précipités n'ont jamais pourtant été formés par de l'albumine; car, mis dans un tube de verre et chauffés jusqu'à ébullition, ils se sont toujours dissous complétement, et l'urine est redevenue aussitôt tout à fait transparente. La chimie et le microscope ont prouvé à quelques expérimentateurs, que ces précipités étaient composés de mucus, d'urée, d'acide urique, et surtout d'urate d'ammoniaque. Je n'ai jamais déterminé de pareils précipités abondants tout à fait au début de la pneumonie, et même je les ai rarement produits pendant la période la plus aiguë de la maladie. Ainsi, chez 8 malades seulement, j'ai vu l'urine se troubler pour la première fois, ou présenter un précipité par l'acide nitrique, vingt-quatre, trente-six heures, et même deux jours avant qu'on remarquât un amendement quelconque dans les symptômes inflammatoires ; chez 14 malades, au contraire, l'apparition du précipité dans l'urine a coïncidé avec un amendement survenu dans les phénomènes généraux et locaux de la maladie, et chez 16 autres le trouble du liquide n'a été observé que un, deux, trois, quatre et même cinq jours après le début de la convalescence. Parfois ces précipités ont été tout de suite abondants, mais, dans la plupart des cas, ils étaient d'abord peu marqués et se formaient lentement,

(1) *Journal de la Société royale des médecins*, publié par Hébra.

(2) *Medico-chirurg. Transactions*, t. XXXV ; extrait dans *Gazette hebdomadaire*, t. I, p. 77, et Todd, *Clinical lectures*. London, 1861, p. 267 et 286.

tandis que les jours suivants ils étaient plus copieux, et se produisaient instantanément dès qu'on versait l'acide. Il est rare aussi de voir les précipités cesser brusquement d'un jour à l'autre, surtout s'ils ont été abondants. Dans les deux tiers des cas, l'urine reste précipitable pendant un à trois jours. Le phénomène persiste rarement jusqu'au septième ; je ne l'ai vu qu'une seule fois avoir lieu jusqu'au dixième.

La plupart des résultats que je viens d'indiquer sont confirmés par ceux que Martin Solon a obtenus (1). Ce regrettable médecin, ayant étudié chaque jour avec soin, et aux diverses époques de l'affection, l'urine de 24 malades atteints de pneumonie, n'a trouvé que 2 individus chez lesquels on n'ait observé que des nuages imparfaits, peu abondants, quelquefois même contestables ; la pneumonie avait chez eux peu d'intensité ; le parenchyme pulmonaire était médiocrement atteint, et dans une petite étendue. Chez les 22 autres individus, l'urine a fourni des précipités abondants ; dans deux cas le liquide fut trouvé coagulable par le calorique ; c'était de l'albumine ; chez les 20 autres, l'urine ne précipitait que par l'acide nitrique, et le précipité, formé surtout par l'urate d'ammoniaque, se dissolvait par l'action de la chaleur. Martin Solon a vu les urines coagulables et précipitables arriver à des époques variées, du premier au quatrième septénaire. Chez 17, l'état jumenteux se joignait à la coagulabilité, mais il a remarqué que généralement les urines précipitables ne commençaient à paraître que lorsque l'état jumenteux avait cessé. En général, la propriété coagulable ou précipitable de l'urine n'a été bien marquée qu'au moment de la solution de la maladie ; avant cette époque, elle était nulle ou peu abondante ; elle a toujours cessé une fois la pneumonie terminée. Ces derniers résultats diffèrent un peu de ceux que j'ai moi-même obtenus plus haut.

D'après les faits qui précèdent, on voit que les précipités que donne l'urine, lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, sont rarement formés d'albumine. M. Rayer (2) dit pourtant avoir rencontré plusieurs fois des urines albumineuses dans le cours de la pneumonie, sans pouvoir préciser la proportion dans laquelle il a observé ce phénomène. Dans tous les cas, le coagulum était peu abondant, et il l'a vu plus souvent dans le cours de la pneumonie, lorsque l'urine était rare et fortement colorée, qu'à l'époque de la terminaison. M. Rayer suppose que chez ces malades les reins devaient

(1) *De l'albuminurie.* Paris, 1838, p. 366.

(2) *Traité des maladies des reins.* Paris, 1839, t. I, p. 578, § 449.

être hypérémiés. Dans d'autres cas de pneumonie, le même auteur a vu non-seulement l'albumine, mais encore tous les autres éléments du sang passés dans l'urine. Il y avait encore alors probablement quelque grave complication rénale.

Il est plus probable encore que, dans ces cas, comme dans la plupart de ceux où l'on a constaté passagèrement de l'albumine dans l'urine, des vésicatoires avaient été appliqués et que la congestion rénale, purement accidentelle, était due à l'élimination de la cantharidine. Cette circonstance explique aussi pourquoi quelques médecins ont produit des précipités albumineux plus souvent que d'autres. Je citerai M. Becquerel qui, sur vingt et un cas de pneumonie, a trouvé neuf fois de l'albumine dans l'urine au commencement, au milieu ou à la fin de la maladie.

Dans une autre partie de cet ouvrage, je tâcherai de déterminer quelle est la valeur sémiotique des divers précipités de l'urine que je viens d'indiquer. Je renvoie aussi à l'article qui est consacré à la pneumonie bilieuse pour étudier les qualités physiques et chimiques de l'urine qui renferme quelques-uns des principes de la bile.

On n'a pas encore tenté beaucoup d'expériences pour connaître les modifications qui surviennent, pendant le cours des maladies, dans la pesanteur spécifique de l'urine; cependant M. Rayer (1) a publié le résultat de quelques essais faits sur l'urine de 5 pneumoniques. Il résulte de ces recherches que la pesanteur spécifique de ce liquide, calculée d'après l'aréomètre de Baumé qui, pour l'état normal, peut être fixée à 1,018, celle de l'eau étant 1000, était à l'époque de l'invasion de 1,0012; de l'état, 1,0164; de l'hépatisation, 1,0248-1,0304; de la convalescence, 1,0164-1,004. D'où il résulte que, dans la pneumonie, la pesanteur spécifique de l'urine aurait son maximum quand la maladie est arrivée à son plus haut degré d'intensité, tandis qu'elle serait au-dessous de l'état normal soit pendant la convalescence, soit pendant l'invasion.

Les modifications présentées par l'urine dans le cours de la pneumonie n'ont pas été différentes chez l'adulte et chez les vieillards. J'ignore si ce que j'ai dit précédemment peut s'appliquer à l'enfance, car je n'ai fait aucune expérience pour le vérifier, et les auteurs qui ont étudié la pneumonie dans le jeune âge n'en ont nullement parlé.

J'indiquerai dans l'article suivant les modifications qu'éprouve la sécrétion urinaire, lorsque la pneumonie survient consécutivement à une maladie des voies urinaires.

(1) *Maladies des reins*, t. I, p. 51.

§ 5. — Troubles du système nerveux.

L'inflammation pulmonaire excite, du côté du système nerveux, des troubles nombreux. Nous n'allons parler en ce moment que des symptômes les plus ordinaires, renvoyant à l'article *Complications* pour étudier ceux d'entre eux qui, comme le délire, le coma et les convulsions, impriment à la maladie une physionomie particulière, obscurcissent souvent le diagnostic, modifient le pronostic et sont la source d'indications nouvelles.

Je vais en ce moment me borner à étudier la *céphalalgie*, l'*insomnie*, les *troubles des sens* et l'*état des forces*.

1° *Céphalalgie*. — Parmi les phénomènes sympathiques de la pneumonie, la céphalalgie est un des plus fréquents : c'est ainsi que sur 125 malades chez lesquels la douleur de tête a été recherchée avec soin, il n'y en a que 20, ou un peu moins d'un sixième, qui n'ont jamais présenté ce symptôme à aucune époque de la maladie. Ce résultat diffère à peine de celui qui a été obtenu par M. Louis (1) qui, sur 57 pneumoniques dont il a recueilli l'histoire, vit la céphalalgie manquer tout à fait chez 8 seulement. La douleur de tête se manifeste toujours dès le début de la phlegmasie ; en parcourant toutes mes observations, je n'ai trouvé que 3 malades qui aient fait exception à cette règle. Dans les cinq sixièmes des cas, la douleur occupait tout le front ; chez les autres, elle était bornée aux régions sus-orbitaires, syncipitale, ou bien enfin elle semblait envahir toute la périphérie du crâne. Dans les quatre cinquièmes des cas, la céphalalgie était vive, incommode, consistait en élancements ou en une constriction pénible ; chez un cinquième des malades, elle était légère et en général gravative. Elle acquérait son maximum d'intensité du premier au quatrième jour, diminuait ensuite spontanément, de telle sorte que, chez les cinq sixièmes des malades, elle avait complétement cessé à la fin du septième jour ; chez les autres elle a persisté jusqu'au huitième, neuvième et même dixième jour. Dans les faits rapportés par M. Louis, elle n'avait jamais dépassé huit jours. Je n'ai remarqué aucune différence bien notable sous le rapport de l'intensité de la céphalalgie et de sa durée entre les malades qui ont guéri et ceux qui ont succombé ; toutefois, parmi ces derniers, la céphalalgie n'a manqué que chez un dix-huitième, c'est-à-dire beaucoup plus rarement que chez les autres. On peut établir, comme règle générale, qu'une céphalalgie très-intense

(1) *Fièvre typhoïde*, 2e édition. Paris, 1841, t. II, p. 4.

coïncide avec un appareil fébrile violent; toutefois il serait impossible de rien établir d'absolu à ce sujet; il y a de nombreuses exceptions : il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des pneumonies bénignes, peu étendues, qui déterminent peu de fièvre et qui s'accompagnent pourtant d'une douleur de tête très-vive.

La céphalalgie ne m'a offert aucune différence, sous le rapport de la fréquence et de l'intensité, chez l'adulte et chez les individus compris entre soixante et soixante-quinze ans. J'ignore s'il en est tout à fait de même dans un âge plus avancé. Chez les très-jeunes enfants, la douleur de tête est un phénomène qu'on ne peut constater; plus tard, c'est-à-dire de trois à quinze ans, la céphalalgie est moins commune, moins intense et moins persistante que chez l'adulte.

2° *Insomnie.* — Il est rare que dans la pneumonie le sommeil fasse complétement défaut. L'insomnie est d'ailleurs presque toujours en rapport avec la douleur et avec l'agitation fébrile. Il en est de même de l'inquiétude et de l'irritabilité qu'on remarque surtout chez les enfants, et qui met parfois un obstacle invincible à toute exploration.

3° *État des sens.* — Ce n'est que dans des cas assez rares, et, pour ainsi dire, accidentellement, qu'on voit survenir dans le cours de la pneumonie un trouble notable des sens. Chez un sixième environ, j'ai noté quelques éblouissements, des étourdissements et des vertiges. Ces phénomènes coïncidaient généralement avec un appareil fébrile intense et avec une céphalalgie frontale violente. D'ailleurs ils étaient le plus souvent passagers, ils n'existaient que dans les cinq ou six premiers jours, et, sauf quelques rares exceptions, ils n'avaient jamais la même intensité ni la même persistance que dans la fièvre typhoïde.

Deux malades, chez lesquels on avait cru d'abord à l'existence d'une fièvre continue, avaient présenté un bourdonnement très-incommode ; mais ce phénomène est rare ; M. Louis ne paraît l'avoir noté qu'une seule fois (1).

Pour terminer l'étude des troubles que les sens peuvent présenter, je dirai que j'ai noté l'épistaxis chez un huitième des malades compris au-dessous de trente-cinq ans. Cette hémorrhagie a toujours été peu considérable; elle a lieu passagèrement et ne s'est montrée que dans le premier septénaire. M. Louis (2) a observé des épistaxis chez 8 des 57 pneumonies dont il a analysé les observa-

(1) *Fièvre typhoïde*, 2e édit , t. I, p. 95.

(2) *Ibid.*, 2e édit., t. II, p. 85.

tions dans son immortel ouvrage sur la fièvre typhoïde. L'épistaxis apparut du premier au onzième jour : unique chez 3 sujets, elle se répéta trois, quatre, six et huit jours de suite chez les autres ; elle fut quelquefois très-abondante.

§ 6. — État des forces.

Les forces ont été constamment diminuées, et cette diminution était généralement en rapport avec l'étendue de la phlegmasie. Toutefois il y avait à ce sujet de nombreuses exceptions, sur lesquelles je reviendrai plus tard, lorsque je parlerai des pneumonies typhoïdes et grippales. Dans la pneumonie franche, exempte de complication, les malades conservent encore pendant assez longtemps un certain degré de force et d'énergie. Nous avons vu fréquemment se présenter au bureau central des individus qui, éprouvant, depuis cinq, six, sept jours et plus, les symptômes d'une pneumonie grave, venaient cependant seuls et à pied de quartiers très-éloignés ; ils attendaient quelquefois plusieurs heures avant qu'ils pussent être examinés par le médecin de service, et beaucoup, étant désignés pour des hôpitaux lointains, pouvaient encore entreprendre à pied et sans secours une course plus ou moins longue. En général, l'affaiblissement ne fut pas sensiblement plus considérable au début chez les sujets qui succombèrent que chez ceux dont la maladie eut une heureuse issue.

Si pendant les prodromes, des malades ont pu rester levés et continuer à se livrer à leurs occupations, il n'en a pas été généralement de même lorsque la pneumonie a été suffisamment caractérisée. Nous voyons, en effet, que sur 68 malades, 34 furent contraints de s'aliter tout de suite, moins peut-être à cause de la faiblesse que du malaise général qu'ils éprouvaient. C'est pour le même motif que 20 autres sujets, sans être forcés de se mettre au lit immédiatement, ne purent cependant continuer à se livrer à leurs occupations ordinaires ; enfin les 14 malades qui restaient, purent pendant plusieurs jours encore, vaquer à leurs travaux avec beaucoup de peine, il est vrai, et assez incomplétement. Dans la grande majorité des cas, l'abattement des forces n'existe guère qu'au degré qu'on observe communément dans la plupart des maladies pyrétiques de moyenne gravité. Cependant, chez un quatorzième ou chez un quinzième des malades environ, la faiblesse dépassa les limites ordinaires : les individus étaient alors incapables de marcher. Un peu de diarrhée pouvait bien à la rigueur expliquer, dans quelques cas, ce surcroît de faiblesse ; néanmoins le plus souvent il était impos-

sible de s'en rendre compte par aucune des circonstances concomitantes de la maladie.

On voit donc que le plus souvent les forces se conservent à un certain degré, non-seulement au début de la pneumonie, mais dans presque tout son cours. De toutes les maladies fébriles un peu graves, la pneumonie est peut-être celle qui abat le moins les forces ; il n'est pas rare, en effet, de voir, dans nos hôpitaux, des pneumoniques déjà arrivés à une période avancée, et qui ont été affaiblis par un traitement antiphlogistique énergique, pouvoir quelquefois se lever de leur lit, s'habiller à moitié et marcher sans aide, pour aller satisfaire quelque besoin.

Toutes choses égales d'ailleurs, les forces se prostrent plus vite et plus complétement chez les vieillards que chez les adultes. On sait, en effet, que l'accablement, que l'anéantissement des forces, est un des caractères prédominants de la pneumonie adynamique, qui est une des formes les plus communes chez les personnes âgées. Il m'a paru également que dans toute la période de l'enfance, surtout chez les sujets les plus jeunes, la dépression des forces est en général plus complète qu'elle ne l'est dans la jeunesse ou dans l'âge adulte.

§ 7. — **Habitude extérieure.**

Je vais étudier successivement l'état du facies et du décubitus chez les malades affectés de pneumonie.

1° *Facies.* — Le facies des malades atteints de pneumonie varie, non-seulement suivant le degré auquel l'affection est parvenue, mais aussi suivant les divers individus. On dit généralement que dans la pneumonie la figure des malades est rouge, animée, vultueuse; que les joues et les régions malaires sont couleur de feu (J. P. Frank), et que dans les pneumonies bornées à un seul poumon, la rougeur est beaucoup plus intense sur la pommette correspondante que sur celle du côté opposé. Cette coloration du visage est un fait mentionné par Hippocrate (1) et par beaucoup d'autres, spécialement par Alexandre de Tralles (2) et par Arétée (3).

J'ai étudié l'état du facies sur 66 malades parvenus du deuxième au huitième jour de la maladie; voici ce que j'ai noté. Chez 16,

(1) *Œuvres complètes*, trad. Littré. *Des affections internes*, chap. 3, t. VII, p. 177.

(2) *Ibid.*, 5, cap. 2, p. 241.

(3) *De caus. et signis*, lib. II, cap. 1, p. 2.

la figure avait une expression naturelle, elle était seulement un peu plus animée que de coutume. Chez 22, la figure était pâle, les traits exprimaient la souffrance; chez 28, la face était rouge, vultueuse. Parmi ceux-ci, 16 avaient une rougeur générale, occupant toute la face, mais plus intense aux joues, tandis que chez les 12 autres, la rougeur était exactement limitée aux pommettes, ou bien elle y était beaucoup plus intense que partout ailleurs. En outre, chez 12 des malades dont je parle, l'une des pommettes était beaucoup plus colorée que l'autre.

J'ai recherché s'il y avait quelque rapport entre cette coloration et le siége de la pneumonie. M. Bouillaud (1) dit que la rougeur des pommettes lui a paru, toutes choses égales d'ailleurs, plus prononcée dans la pneumonie du sommet que dans celle des lobes inférieurs. Mes observations viennent confirmer cette opinion, puisque parmi les 12 malades dont j'ai parlé, 8, c'est-à-dire les deux tiers, étaient affectés d'une pneumonie du lobe supérieur d'un des poumons. Quelques médecins croient que dans les pneumonies bornées à un seul poumon, la pommette correspondant au côté malade est beaucoup plus rouge que celle du côté opposé. M. Andral (2) a contredit cette opinion; il a pensé que la coloration plus vive de la joue correspondant au côté affecté, ne se remarquait que dans les cas où le décubitus avait lieu sur le côté malade. D'après cette manière de voir, l'injection des pommettes serait un phénomène purement mécanique. Il est impossible de révoquer en doute l'influence du décubitus; c'est ainsi que sur deux individus, la coloration rouge d'une des pommettes dépendait certainement de ce que ces malades étaient couchés depuis plusieurs heures sur le côté. Toutefois chez les dix autres sujets, on ne pouvait invoquer cette circonstance, car tous gardaient depuis longtemps la position horizontale sur le dos, la plupart même ne pouvaient prendre aucune autre attitude. Or, parmi ces dix individus, il y en avait cinq chez lesquels la couleur rouge était beaucoup plus intense sur la pommette qui correspondait au poumon affecté, tandis que le contraire se remarquait chez les autres malades. Il semblerait donc résulter de ces faits qu'on ne peut établir aucun rapport certain entre le poumon atteint et le siége de la coloration de la face.

Quoi qu'il en soit, la rougeur prédominante d'une des pommettes est l'effet d'une congestion active; elle s'accompagne souvent d'une

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirur. prat.*, t. XIII, p. 375.
(2) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, t. III, p. 503.

élévation notable de la température (0°,50 à 5°,40), ainsi que cela résulte des observations de M. Gubler (1). La figure ne reste colorée, du moins d'une manière vive, intense, que dans le premier et dans une partie du deuxième degré de la pneumonie; à mesure que la maladie fait des progrès, la face pâlit; elle devient souvent bleuâtre ou livide, si l'issue doit être funeste. Les traits s'altèrent alors de plus en plus, ils expriment en même temps une anxiété qui est proportionnée à la gêne que les malades éprouvent pour respirer.

Un auteur moderne a prétendu que les enfants portaient sur leur visage les signes des maladies dont ils étaient atteints. Il a avancé que certains changements dans les traits, certains sillons plus ou moins marqués, correspondaient constamment à une affection déterminée de la tête, de la poitrine ou du ventre. Les médecins qui, depuis quelques années, se sont occupés avec le plus de succès de la pathologie de l'enfance, n'ont nullement confirmé ces idées, et aujourd'hui tous s'accordent à regarder les divers plis que présente la peau du visage, comme étant plutôt l'indice d'une souffrance générale que le signe d'une maladie des viscères thoraciques et abdominaux. Ainsi, la ride naso-labiale, les commissures des lèvres tirées en dehors, les paupières à demi-fermées et les sourcils froncés, se rencontrent indistinctement chez tous les enfants qui souffrent ou qui sont sur le point de pleurer. Chez eux, la coloration de la face offre les mêmes variations que chez l'adulte; elle est plus intense, toutes choses égales d'ailleurs, chez les enfants les plus jeunes que chez ceux qui sont plus âgés; cette injection n'existe guère qu'au début. Toutefois on voit, surtout chez les très-jeunes enfants, la pâleur se montrer rapidement, arriver en peu de temps à un degré considérable; et comme ils sont communément haletants, on observe à chaque inspiration une dilatation des narines proportionnée à la gêne de la respiration.

Enfin, chez le vieillard, la rougeur de la face persiste en général aussi moins longtemps que chez l'adulte, et elle prend bientôt un aspect sale et terreux.

2° *Décubitus.* — Beaucoup de médecins, surtout parmi les anciens, qui confondaient entre elles la pleurésie et la péripneumonie, avaient avancé que les individus atteints d'inflammation pulmonaire se couchaient de préférence sur le côté malade. M. Andral (2) a pensé au contraire que rien n'était moins exact qu'une pareille

(1) *Union médicale*, année 1857.

(2) *Clinique médicale*, t. III, p. 504, 4e édition.

opinion. Ce professeur dit, en effet, qu'il existe à peine 1 malade sur 15 qui préfère ce décubitus, tous les autres restant constamment couchés sur le dos. M. Bouillaud (1) prétend au contraire s'être assuré, chez le plus grand nombre des malades, que la dyspnée était plus grande lorsqu'ils se couchaient sur le côté sain que lorsqu'ils prenaient la position opposée.

J'ai cherché à étudier cette question sur 64 malades, or voici ce qui résulte de l'analyse de ces observations. Presque tous étaient couchés sur le dos ou bien ils étaient légèrement inclinés sur l'un ou sur l'autre côté; cette position était presque la seule qu'ils prissent d'une manière un peu continue. Cependant, en faisant placer ces malades alternativement sur l'un et sur l'autre côté, on pouvait se convaincre que 48 d'entre eux pouvaient se coucher sur le côté malade; quelques-uns même gardaient constamment cette position, comme étant moins pénible; d'autres se couchaient alternativement sur le dos et sur le côté affecté; chez 8, le décubitus sur le côté malade était tout à fait impossible, car la douleur, la dyspnée, augmentaient tout aussitôt, et ces individus étaient forcés de rester constamment sur le dos; chez quatre de ces derniers, le décubitus ne pouvait même avoir lieu que sur le *côté sain*. Enfin, les 8 autres malades se couchaient indifféremment sur le dos ou sur les deux côtés; quelques-uns pouvaient même se coucher sur le ventre et y rester assez longtemps. On voit donc que les faits confirment l'opinion de J. Frank (2) et de Laennec, à savoir que le décubitus des malades atteints de pneumonie serait très-variable. Le siége de la pneumonie m'a paru avoir moins d'influence sur le décubitus que l'intensité de la douleur. Dans les cas où celle-ci est vive, très-aiguë, le décubitus ne se fera en général que sur le dos ou sur le côté affecté. Si j'en excepte un seul malade, tous les individus chez lesquels le décubitus était indifférent, ou se faisait de préférence sur le côté sain, n'accusaient aucun point de côté ou n'éprouvaient qu'une douleur très-légère. Aussi est-il ordinaire de voir les mouvements et le décubitus devenir plus libres quand la douleur a diminué d'intensité, lors même que la pneumonie n'aurait encore fait aucun progrès vers la résolution. Mais à mesure que l'inflammation envahit une plus grande surface, et lorsque l'hépatisation devient de plus en plus complète, lorsque aussi la dyspnée, l'oppression, sont en rapport avec l'étendue et le degré de la phlegmasie, les malades alors ne peuvent avoir d'autre posi-

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirur. prat.*, t. XIII, p. 369.

(2) *Prax*, vol. secund., pars secund., p. 300.

tion que le décubitus dorsal, ayant la tête et la poitrine très-élevées. Ce que je viens de dire s'applique aussi bien aux adultes qu'aux vieillards. Chez les enfants, il n'y a non plus rien de spécial à noter; chez eux, le décubitus est plus communément dorsal, surtout s'il s'agit de la première enfance.

ARTICLE III.

MODIFICATIONS QUE LES SYMPTÔMES PRÉCÉDENTS ÉPROUVENT DANS LES PNEUMONIES CONSÉCUTIVES.

Si l'on se rappelle dans quelles conditions particulières de l'économie on voit survenir les inflammations consécutives des poumons, on concevra facilement que, sous leur influence, les symptômes de la maladie intercurrente doivent éprouver des modifications plus ou moins nombreuses. L'observation a prouvé en effet que lorsque la pneumonie se déclare chez un individu atteint d'une maladie grave, qui a déjà diminué ou anéanti les forces, émoussé la sensibilité générale, quelques-uns des symptômes qui la caractérisent ordinairement manquent ; d'autres sont moins tranchés, plus obscurs ou tout à fait éphémères. Il est nécessaire de bien saisir toutes ces nuances ; car c'est de leur connaissance exacte que dépendent le diagnostic, le pronostic et le traitement des pneumonies secondaires. L'importance du sujet justifiera donc les détails dans lesquels je vais entrer.

1° *Point de côté.* — Nous avons vu déjà que le point de côté marquait beaucoup plus souvent le début des pneumonies primitives que celui des pneumonies secondaires, dans celles-ci il n'est pas rare que ce symptôme manque complétement pendant toute la durée de la maladie. Ainsi, sur 47 individus qui eurent une inflammation pulmonaire dans le cours d'une maladie grave, soit aiguë, soit chronique, 26 *paraissent* n'avoir jamais éprouvé de douleurs, ou du moins de douleur vive, dans un des côtés de la poitrine. Je dis *paraissent*, car on conçoit bien que je ne puis avoir aucune certitude pour beaucoup de ces malades, qui étaient très-prostrés, dont les sensations étaient fort obtuses; il est donc possible qu'un certain nombre d'entre eux n'aient pas accusé une douleur qui était très-légère. Chez l'adulte, j'ai vu le point de côté manquer complétement chez 8 sujets atteints de fièvre typhoïde, et chez 2 varioleux qui eurent une pneumonie intercurrente. Ce symptôme paraît ne point avoir existé non plus dans les trois quarts des inflammations pulmonaires qui survinrent dans le cours des mala-

dies chroniques du foie, du tube digestif, de l'utérus et de la moelle; au contraire, la douleur ne fit défaut chez aucun des sujets qui furent emportés par une pneumonie dans le cours d'une néphrite albumineuse. Le point de côté exista également sur 9 des 10 phthisiques qui présentèrent la même complication. Dans les pneumonies qui compliquent les affections cérébrales ordinaires, j'ignore si la douleur manque souvent, parce que la plupart des malades ne peuvent nous donner de renseignements précis. Il en est de même chez les aliénés, surtout chez les déments paralytiques. M. Thore remarque en effet que le point de côté a manqué constamment dans la pneumonie des insensés; dans un certain nombre de cas, l'état mental s'opposait, il est vrai, à ce qu'on pût avoir des malades aucun renseignement positif; mais toutes les fois qu'il était permis d'obtenir une réponse sur les sensations éprouvées, constamment la douleur semblait manquer tout à fait, et plusieurs fois les aliénés prétendaient même éprouver le bien-être qui accompagne l'état de santé (1).

Toutes choses étant égales d'ailleurs, on peut dire en règle générale que le point de côté, dans les pneumonies secondaires, a manqué d'autant plus souvent, ou bien il a été d'autant plus faible, que les individus étaient plus âgés et plus affaiblis; cependant la faiblesse la plus grande n'est pas une circonstance qui exclue la douleur de côté, et même une douleur très-vive.

Je ne sais rien sur le degré de fréquence du point de côté dans les pneumonies secondaires des enfants. Nous avons vu combien il était difficile de constater ce symptôme dans le jeune âge; cela doit l'être surtout dans les cas où la pneumonie est consécutive à une autre affection.

2° *Gêne, accélération de la respiration, dyspnée.* — J'ai dit précédemment que la dyspnée, et surtout que l'accélération des mouvements respiratoires étaient, dans la moitié des cas, les premiers symptômes qui marquaient le début des pneumonies secondaires. D'autres fois ils sont consécutifs à d'autres accidents, mais il est extrêmement rare de les voir manquer complétement pendant tout le cours de la maladie. Une respiration haute, un peu plus fréquente, est souvent le premier signe qui fixe l'attention sur une complication pulmonaire; c'est ce qu'on constate à tous les âges, et a un degré encore plus marqué chez les enfants que chez les adultes, chez ceux-ci plus que chez les vieillards.

Ce qu'il y a de fort remarquable dans l'histoire des pneumonies

(1) *Maladies incidentes des aliénés*, p. 73.

secondaires, c'est que ni l'intensité de la dyspnée, ni la fréquence plus ou moins grande de la respiration ne sont proportionnées à l'étendue des lésions pulmonaires. J'ai vu, en effet, chez presque tous les malades qui succombaient avec les accidents des résorptions purulentes, la respiration devenir très-difficile, s'accélérer d'une manière extrême, quoiqu'à l'autopsie on ne trouvât, pour expliquer un pareil trouble, que quelques noyaux indurés épars çà et là sur la surface des poumons. C'est ce qu'on a également observé dans la pneumonie de la morve, etc.

On conçoit que, lorsque l'inflammation des poumons survient dans le cours d'autres maladies qui, par elles-mêmes, apportent une gêne notable dans les fonctions respiratoires, une phlegmasie très-circonscrite doit suffire pour produire une oppression extrême, une dyspnée effrayante. Les mouvements respiratoires se succèdent alors, en général, avec une prodigieuse rapidité : c'est ce qu'on observe chez quelques phthisiques, et plus souvent encore chez les individus atteints de maladies organiques du cœur ou chez ceux dont le thorax est très-déformé. Je l'ai également remarqué chez des malades atteints d'emphysème pulmonaire ; chez eux, une pneumonie qui n'occupait qu'une petite étendue, et qui n'avait excité qu'une fièvre très-médiocre, s'accompagnait pourtant d'une grande anxiété, le nombre des respirations s'élevait parfois à plus de 60 par minute.

3° *Toux.* — La toux est un des symptômes les plus importants dans l'histoire des pneumonies secondaires, car il est quelquefois, avec l'accélération de la respiration, le premier phénomène morbide qui fixe l'attention du médecin sur une complication grave survenue du côté de la poitrine. Sur 16 malades, tous atteints de maladies organiques et qui succombèrent à des pneumonies intercurrentes, deux fois la phlegmasie fut tout à fait latente, car la toux manqua comme les autres symptômes ; chez trois sujets, au contraire, la toux parut marquer le début de la phlegmasie, et elle fut pendant toute sa durée le seul trouble apparent du côté des organes repiratoires. Chez 2 autres malades, la toux fut encore, comme précédemment, le premier symptôme de la pneumonie ; mais elle fut accompagnée plus tard de la plupart des symptômes appartenant aux phlegmasies pulmonaires. Enfin les 9 autres individus qui succombèrent à des pneumonies intercurrentes, toussaient depuis un temps plus ou moins long lorsque l'inflammation envahit le poumon. Sur ces 9 malades, quatre fois on observa une augmentation plus ou moins considérable de la toux au moment où la pneumonie survint ; chez un seul, la toux qui était fréquente, in-

tense, sembla devenir plus rare et moins opiniâtre au début de la pneumonie ; enfin, chez les 4 derniers, la toux resta absolument la même sous le rapport de sa fréquence et de ses autres caractères ; ce fut uniquement d'après l'inspection des crachats et d'après les phénomènes stéthoscopiques qu'on put alors constater l'existence d'une pneumonie. Il m'a semblé également que dans la plupart des pneumonies qui se déclarent dans le cours de l'affection typhoïde, on ne voit pas la toux s'exaspérer au moment où cette complication survient ; il me serait assez difficile d'ailleurs d'être bien fixé à ce sujet, car les malades étant alors très-affaiblis, plusieurs ayant du délire ou étant plongés dans le coma, et ne pouvant eux-mêmes exprimer ce qu'ils éprouvent, on est obligé de se fier aux renseignements assez incomplets des voisins et des gens de service. Toutefois M. Louis a noté que chez quelques sujets atteints de fièvre typhoïde, qui ont guéri et dont la toux était rare d'abord, celle-ci étant parfois devenue très-considérable, il avait vu dans la majorité des cas une inflammation du parenchyme pulmonaire coïncider avec elle (1).

On peut dire, en général, que la toux qui survient dans le cours des pneumonies secondaires est d'autant moins fréquente et moins intense que les sujets sont plus affaiblis, plus prostrés : c'est ainsi que tous ceux chez lesquels la toux a manqué ou bien a été très-légère étaient malades depuis fort longtemps, et étaient arrivés à un état de débilité et d'affaissement extrêmes. Voilà pourquoi, chez les vieillards, la toux semble manquer plus fréquemment que chez les adultes, et qu'il en est probablement de même pour les déments paralytiques, comme cela résulte surtout des recherches de M. Thore, qui a constaté à peine chez un ou deux malades le phénomène de la toux. Toutefois, je dois faire observer que, dans les pneumonies consécutives, on croit peut-être trop fréquemment que la toux a manqué tout à fait ; l'absence complète de ce phénomène me semble être, en effet, une chose excessivement rare. Ce qui en impose souvent, c'est que ce symptôme ne se montre parfois qu'à de très-longs intervalles, et qu'il est, en outre, peu intense. Il ne consiste souvent qu'en quelques petites secousses comme étouffées, qui peuvent n'être pas remarquées ; d'autres fois on n'observe les malades qu'à une époque très-voisine de la mort, et il est commun alors que la toux cesse tout à fait. C'est ce que Valleix (2) a également observé chez les enfants nouveau-nés.

(1) *Fièvre typhoïde*, 2e édit., t. II, p. 155.

(2) *Clinique des maladies des nouveau-nés*, p. 119.

Chez ces derniers, comme chez ceux qui sont plus âgés, la toux est un symptôme ordinaire des pneumonies consécutives, et qui survient dès le début. Si la pneumonie complique l'une de ces affections de l'enfance dans lesquelles la toux a un caractère particulier, celle-ci pourra être quelquefois modifiée par la maladie intercurrente : c'est ainsi que, si une phlegmasie pulmonaire un peu étendue se développe dans le cours de la coqueluche, on observe en général que les quintes sont un peu moins fréquentes et comme étouffées ; dans le croup, au contraire, le caractère de la toux n'est pas modifié, et le plus souvent, au moment où la pneumonie débute, elle reste rauque, aiguë ou éteinte, sèche ou grasse, comme elle l'était avant la complication.

4° *Expectoration.* — Les pneumonies secondaires s'accompagnent rarement de l'expectoration caractéristique que j'ai précédemment décrite. Tantôt les crachats sont muqueux, séreux, tels qu'on les observe dans les bronchites aiguës et chroniques ; dans d'autres cas, ils sont colorés en rouge ou en jaune ; mais leur coloration est plus ou moins obscure : elle est partielle et mélangée de gris sale. Ces crachats peuvent faire soupçonner une pneumonie, mais ils ne sauraient la caractériser. Lorsque les malades sont très-affaiblis par l'âge, si la phlegmasie occupe un espace un peu étendu, les crachats manquent tout à fait, soit qu'il n'y en ait point d'exhalés, soit que les forces des malades ne suffisent plus pour leur expulsion.

Dans trois pneumonies survenues au déclin de la rougeole, et quoique chez un des malades la phlegmasie fût double, les crachats furent opaques, blancs, épais ou séreux durant tout le cours de la pneumonie. Sur sept pneumonies lobaires compliquant la fièvre typhoïde (forme adynamique), ou bien les crachats ont complétement manqué, ou bien ils sont restés les mêmes qu'avant le développement de la complication, à l'exception pourtant d'un malade qui expectora une seule fois un crachat *unique*, d'un rouge obscur, plutôt *suspect* que véritablement *caractéristique*. Si l'on consulte l'ouvrage de M. Louis, on voit que ce médecin, qui a si complétement étudié les troubles respiratoires chez les sujets qui ont succombé à la maladie, comme chez ceux qui ont guéri, ne dit pourtant nulle part avoir vu des crachats jaunes ou rouillés chez les individus qui furent affectés de pneumonie ; l'auscultation seule avait pu lui faire découvrir cette complication. Faisons observer ici que nous ne parlons que de la pneumonie lobaire, et nullement de cette forme de congestion si commune dans le cours des fièvres graves et qui est si souvent confondue avec une phlegmasie pulmonaire.

Lorsque la pneumonie se déclare à une période avancée des maladies chroniques, il est également commun de n'observer aucune expectoration caractéristique. C'est ainsi que sur 16 individus atteints de maladies organiques du foie, du cœur, des reins, de l'estomac et de l'utérus, et qui succombèrent à une pneumonie intercurrente, j'ai vu les crachats être nuls, insignifiants, manquer tout à fait chez 11 malades ; chez 5, on constata passagèrement un ou plusieurs crachats jaune abricot, couleur de rouille sale ou à fond rougeâtre, briquetés ou jus de pruneaux. Lorsque la pneumonie affecte des phthisiques, dont la maladie n'est pas encore très-avancée, on voit l'inflammation pulmonaire intercurrente s'accompagner, dans les deux tiers des cas, de crachats visqueux, rouillés ou jaunes, mais qui cependant ne présentent pas ces nuances aussi tranchées que lorsque la pneumonie survient chez des individus antérieurement bien portants. Il n'en est plus de même pour la pneumonie qui affecte les tuberculeux dans les derniers jours de l'existence. Souvent, aucun symptôme n'en fait soupçonner l'existence; on a vu alors les crachats acquérir quelquefois un peu de viscosité, sans avoir néanmoins le caractère qu'ils présentent quand la pneumonie a lieu chez des sujets non affaiblis par des maladies antérieures (1).

Enfin, dans les pneumonies qui frappent les déments paralytiques, il n'y a presque jamais de crachats. M. Thore les a vus à peine deux ou trois fois, quoiqu'il les eût recherchés avec le plus grand soin dans tous les cas, non-seulement dans le crachoir, mais encore sur les linges des malades, ou sur les draps de leur lit, objets dont on ne doit jamais négliger l'examen dans les pneumonies secondaires, car lorsque les malades sont très-affaiblis, c'est là qu'on trouve ordinairement les matières expectorées.

Il est inutile de dire qu'on n'observe pas d'expectoration dans les pneumonies secondaires de l'enfance.

5° *Symptômes stéthoscopiques.* — On a dit que l'auscultation était souvent impuissante pour révéler l'existence des pneumonies qui surviennent dans le cours des autres maladies aiguës et chroniques. Cette accusation est des plus injustes. Si un grand nombre de pneumonies secondaires ne sont reconnues qu'à l'autopsie, cela dépend moins de l'insuffisance des méthodes d'exploration que des observateurs eux-mêmes. En effet, parmi les individus qui succombent avec une pneumonie intercurrente, un grand nombre n'ont pas été explorés ou l'ont été d'une manière très-incomplète. Il en doit

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 331.

être ainsi dans une foule de circonstances, lorsque la pneumonie vient frapper un individu très-affaibli, arrivé à une période avancée d'une maladie aiguë ou chronique. Il est difficile alors de le placer dans la position la plus convenable pour procéder à l'examen du thorax ; l'état fâcheux des malades s'oppose d'ailleurs à ce que les recherches soient suffisamment continuées. De pareils faits ne peuvent évidemment rien prouver contre l'auscultation. Je regarde cette précieuse méthode comme étant aussi utile dans les pneumonies secondaires qu'elle l'est dans celles qui sont primitives. En effet, sur quatorze pneumonies survenues dans le cours de maladies diverses étrangères aux organes thoraciques, et pendant lesquelles l'exploration des malades a été complète et suffisamment renouvelée, l'auscultation a toujours révélé quelque phénomène morbide. Dans un cas, j'ai trouvé le bruit respiratoire faible ou nul ; quatre fois il y avait une crépitation en général humide et grosse ; sept fois une respiration bronchique mêlée à un râle crépitant plus ou moins nombreux ; enfin, chez deux malades, on ne put que soupçonner, mais point distinctement percevoir ces phénomènes, à cause des râles muqueux, sibilants et ronflants qui existaient simultanément dans toute l'étendue de la poitrine, et qui masquaient à peu près complétement les signes fournis par l'hépatisation ou par l'engouement des poumons.

Les recherches de M. Louis sur la phthisie et sur la fièvre typhoïde viennent à l'appui de ce que je dis de l'utilité de l'auscultation dans les cas de pneumonie secondaire. Cet éminent observateur rapporte en effet que, chez les sujets tuberculeux affectés d'une pneumonie intercurrente dans les derniers jours de l'existence, si la phlegmasie occupait une certaine étendue, on constatait dans les cinq huitièmes des cas, entre autres symptômes, un affaiblissement du bruit respiratoire mêlé d'une crépitation fine. Chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, presque toutes les fois que, pendant la vie, M. Louis avait trouvé de la crépitation, l'autopsie lui révélait l'existence d'un engouement ou d'une hépatisation pulmonaire dans le point correspondant à celui où le râle avait été entendu ; de telle sorte que le râle crépitant était le seul signe de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, celui qui fixait le début de cette complication (1). Dans la plupart des pneumonies secondaires qui se sont révélées par des phénomènes stéthoscopiques, la crépitation présentait généralement des bulles plus humides, plus grosses, moins nombreuses que dans les pneumonies

(1) *Fièvre typhoïde*, 2e édit., t. II, p. 353.

ordinaires ; ces bulles, parfois rares et disséminées, ne devenaient souvent évidentes que lorsque les malades toussaient.

L'auscultation est tout à fait impuissante pour faire découvrir certaines espèces de pneumonies : celle, par exemple, qu'on rencontre souvent dans la morve et qui est caractérisée par des noyaux d'hépatisation disséminés à la surface des poumons. Dans ces cas, on peut bien quelquefois, et à divers intervalles, entendre quelques bulles de râle sous-crépitant; mais le plus ordinairement, on ne distingue que les râles humides et secs qui caractérisent les bronchites. Ces bruits sont les seuls aussi qu'on entende parfois chez les individus dont les poumons contiennent un plus ou moins grand nombre d'abcès métastatiques. Dans ces cas, je n'ai jamais noté de râle crépitant, ni même de râle sous-crépitant. Il est vrai que les faits ont été recueillis par moi à une époque où j'étais beaucoup moins familiarisé qu'aujourd'hui avec les recherches d'auscultation ; toutefois, ces résultats sont probablement exacts, car ils sont conformes à ceux que Dance a lui-même indiqués (1). Cet habile et très-regrettable observateur dit, en effet, que, dans les pneumonies métastatiques, le bruit respiratoire n'est pas notablement altéré, à moins pourtant qu'il n'y ait complication de pleurésie. Il explique cela en disant que ces abcès ne prennent point naissance dans les vésicules, mais dans les veinules pulmonaires, par conséquent hors des voies directes de la respiration et du point où l'entrée et la sortie de l'air peuvent donner lieu à des râles caractéristiques. Je crois que cette explication n'est pas très-satisfaisante : car, en supposant que les veinules pulmonaires soient réellement le siége primitif de l'altération, il est certain que les vésicules et le tissu cellulaire intervésiculaire finissent bientôt par être envahis par le travail phlegmasique, qui se termine rapidement par la suppuration du noyau induré. L'absence des râles caractéristiques, dans ces cas, reconnaît probablement la même cause qui empêche leur production dans les pneumonies lobulaires.

La respiration bronchique se présente avec les mêmes caractères que dans les pneumonies primitives, cependant il n'est pas rare de la voir manquer. Il m'a paru que lorsque la pneumonie survenait chez des sujets très-affaiblis, épuisés, le souffle bronchique manquait dans la moitié des cas pour le moins ; mais il ne faudrait pas en conclure pour cela que la pneumonie n'a pas alors franchi le deuxième degré. Cette absence de la respiration tubaire dépend ici de plusieurs causes. Tantôt elle se lie à la faiblesse même des

(1) *Dictionnaire de médecine* en 25 vol., t. I, p. 96.

sujets dont les inspirations sont peu profondes, et dont les mouvements respiratoires sont extrêmement rapides. Aussi arrivera-t-il fréquemment que si pendant l'expiration, les malades sont pris de quelques secousses de toux, on entendra un souffle tubaire plus ou moins marqué. D'autres fois l'absence du phénomène s'explique par l'état anatomique. J'ai dit précédemment que dans les pneumonies secondaires, des noyaux d'hépatisation étaient disséminés dans des parties fortement engouées ou splénisées. Dans ces cas, le souffle bronchique est généralement faible; il est peu marqué, il a même complétement manqué chez quatre individus; l'exploration de la poitrine ne fait constater alors au niveau des parties malades que de la matité, une absence complète du bruit respiratoire, mêlé à une crépitation humide, grosse, rare et disséminée. On conçoit pourquoi, dans ces cas, la bronchophonie doit faire défaut. Comme la respiration bronchique, le retentissement de la voix ne devra pas être perçu, même dans plusieurs des cas où l'on entend du souffle tubaire, à cause de la prostration des forces et de la faiblesse de la voix. Enfin l'état anatomique du poumon explique quelquefois aussi l'absence ou le peu d'intensité du retentissement bronchophonique. On conçoit en effet que dans les cas de splénisation, c'est-à-dire lorsque le tissu pulmonaire est mou et presque diffluent, il ne transmette pas les vibrations sonores aussi complétement que le ferait ce même tissu lorsqu'il est dense et résistant, comme cela a lieu dans l'hépatisation rouge.

6° *État fébrile.* — Lorsque la pneumonie secondaire vient compliquer une maladie apyrétique, la fréquence du pouls est un symptôme constant chez l'adulte, et qu'on observe dès le début. Chez trois malades, la vitesse du pouls, qui s'était élevé rapidement à 90, à 120, et même à 140, fut le phénomène qui frappa tout d'abord, qui nous porta à rechercher dans tous les viscères la cause qui avait pu produire l'accélération de la circulation. Lorsque la pneumonie s'est déclarée dans le cours d'une affection fébrile, j'ai noté chez la moitié des malades une augmentation dans la vitesse du pouls, et celle-ci aurait pu presque toujours être attribuée aux progrès de la maladie première si la fréquence de la respiration, la nature des crachats et les phénomènes stéthoscopiques n'étaient venus révéler l'existence d'une phlegmasie pulmonaire.

Est-il vrai que la pneumonie qui se développe chez les très-jeunes enfants, dans le cours de certaines affections graves, comme la sclérème, par exemple, ne s'accompagne presque jamais d'accélération du pouls? Valleix (1) a émis cette proposition; mais elle

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 142.

est beaucoup trop exclusive. C'est une erreur de croire que la réaction que la pneumonie fait naître soit en rapport avec le degré de forces laissé à la constitution par la maladie primitive. Même lorsque celle-ci les a presque complétement épuisées, l'affection intercurrente peut s'accompagner d'une grande accélération de pouls et d'une chaleur vive. Si la circulation et la calorification paraissent parfois être très-peu impressionnées, c'est qu'il y a très-communément alors bien moins un engouement inflammatoire qu'une simple congestion de nature passive.

En général, la température de la peau éprouve les mêmes variations que le pouls. Lorsque la pneumonie s'est déclarée dans le cours d'une maladie chronique apyrétique, j'ai, chez les neuf dixièmes, noté une augmentation dans la température de la peau ; plusieurs fois ce phénomène fut, avec la fréquence du pouls, le premier indice d'une complication qui était survenue, et m'engagea à explorer toutes les fonctions avec le plus grand soin. Ce n'est que chez les malades arrivés à un extrême affaissement, qui furent atteints de pneumonie à une période voisine de l'agonie, que la peau non-seulement n'a pas été chaude, mais a même présenté un refroidissement notable, du moins à la main. Ce qui existe chez l'adulte comme un fait exceptionnel se rencontre plus souvent chez les enfants à la mamelle, surtout chez ceux qui sont affectés de pneumonie dans le cours du muguet, ou de l'endurcissement cellulaire. Valleix a remarqué en effet que dans ces circonstances, non-seulement il n'y avait point augmentation de chaleur à l'époque de l'apparition de la pneumonie, mais au contraire refroidissement plus ou moins considérable. On conçoit qu'il peut en être ainsi dans une affection où la vitalité est si profondément atteinte, que le thermomètre, mis dans l'aisselle, peut descendre à 25, 23, 22 degrés (Roger). Observons pourtant encore ici que ceci s'applique bien moins à la pneumonie vraie, c'est-à-dire à l'hépatisation, qu'à la splénisation et aux congestions passives.

7° *Phénomènes du côté des organes digestifs et de la sécrétion urinaire.* — Je ne parlerai pas du trouble qu'on observe du côté des organes digestifs; ils sont à peu près les mêmes que dans les cas de pneumonies primitives, sauf pourtant que les vomissements sont infiniment plus rares.

Je ne possède aucunes observations d'après lesquelles je pourrais étudier l'influence qu'exercent sur la sécrétion de l'urine les pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies aiguës ou chroniques qui ont leur siége hors des voies urinaires. Si, au contraire, la pneumonie, comme cela se voit très-fréquemment, vient compli-

quer quelque affection grave des reins, on pourra souvent constater dans les qualités de l'urine une double influence, exercée par la maladie primitive et par la phlegmasie intercurrente.

Supposons qu'un individu soit affecté de néphrite chronique, l'urine qu'il rendra sera moins acide, quelquefois même elle sera tout à fait alcaline; mais si une pneumonie vient à se déclarer dans cette circonstance, l'urine pourra redevenir acide, puisque nous avons vu précédemment qu'un certain nombre de pneumonies avaient pour effet d'augmenter l'acidité normale de l'urine. Un fait observé par moi, au commencement de l'année 1839, prouve la vérité de cette assertion. Un homme affecté de néphrite ou plutôt de pyélite chronique avec atrophie des reins, succomba après des accidents cérébraux et des symptômes de pneumonie. L'urine, examinée plusieurs fois à l'époque où ces complications n'existaient point encore, était neutre et souvent même alcaline; mais, dès que la pneumonie se fut déclarée, l'urine devint manifestement acide. M. Rayer a cité un fait à peu près semblable. Un individu qui était probablement affecté de néphrite chronique rendait depuis plusieurs mois une urine qui était tout à fait alcaline; ayant été pris d'une pleurésie aiguë intercurrente, on vit l'urine changer promptement de caractère et devenir fortement acide; mais au fur et à mesure que les symptômes pleurétiques disparurent, l'urine diminua d'acidité; enfin elle redevint alcaline lorsque les accidents du côté de la poitrine eurent complétement cessé (1). Il est à présumer aussi que lorsque la pneumonie se déclare chez un diabétique, la quantité de sucre doit être moins considérable dans l'urine; par conséquent, la pesanteur spécifique du liquide doit diminuer dans la même proportion. Toutefois je ne possède encore aucun fait qui justifie cette opinion. Il ne faudrait pas conclure des observations que je viens de rapporter que dans les cas où, par suite d'une maladie des reins, l'urine est alcaline, une pneumonie intercurrente aurait pour effet constant de rendre ce liquide plus ou moins acide. J'ai vu en effet deux malades atteints de maladie de Bright dont l'urine, peu abondante, incolore, sans odeur, très-faiblement acide, et précipitant abondamment par l'acide nitrique et par la chaleur, n'éprouva pourtant aucune modification à l'époque où la maladie première se compliqua d'une pneumonie très-grave.

8° *Facies, habitude extérieure, forces, etc.* — Dans les pneumonies qui se déclarent dans le cours d'autres maladies, l'aspect de la face varie beaucoup. Si les sujets ne sont pas encore trop épuisés,

(1) *Traité des maladies des reins.* Paris, 1839, t. I, p. 573.

la face s'injecte; mais sa coloration devient plutôt bleuâtre ou disposée par plaques d'un rouge vineux. Dans les cas, au contraire, où la pneumonie survient chez des individus très-affaiblis, la face est remarquable par sa pâleur; en même temps, les traits sont décomposés, profondément altérés, les yeux sont enfoncés dans l'orbite, les joues sont creuses; un amaigrissement très-rapide a lieu; j'en ai précédemment rapporté un exemple remarquable.

Le décubitus des malades, leur habitude extérieure, tout indique que les forces sont considérablement diminuées. Il est très-fréquent d'observer alors cet ensemble de symptômes que les auteurs indiquent comme constituant la physionomie des fièvres ou affections adynamiques. C'est ce qu'on remarque spécialement pour les pneumonies qui sont consécutives à la fièvre typhoïde, à la variole, et généralement à toutes les maladies septiques produites par une infection particulière du sang. L'état adynamique, ou typhoïde, a été encore observé chez la moitié des individus qui ont eu une pneumonie consécutive à une maladie organique des reins et du foie, et chez presque tous ceux qui avaient une affection chronique des centres nerveux. C'est ce qu'on observe en particulier chez les déments paralytiques et même chez les maniaques, dont les forces s'affaissent avec une extrême rapidité, en même temps qu'on voit le plus souvent diminuer, ou même cesser chez eux le délire et l'agitation.

On voit par ce qui précède combien les symptômes des pneumonies consécutives diffèrent de ceux des pneumonies primitives. Je reviendrai plus tard sur le même sujet, lorsque je traiterai du diagnostic différentiel de la maladie.

CHAPITRE VI

MARCHE.

§ 1er. — Marche de la pneumonie aiguë primitive.

Lorsqu'on peut assister au début d'une pneumonie primitive, l'inflammation paraît n'occuper d'abord, du moins à la superficie, qu'une étendue peu considérable; mais il est rare que la phlegmasie n'envahisse pas bientôt de nouvelles surfaces; il est plus rare encore

de voir la maladie rester stationnaire et se terminer par la guérison ou par la mort avant d'avoir franchi le premier degré.

Sur 152 malades, chez lesquels les progrès de la pneumonie furent chaque jour notés avec soin, il n'y en a que 20, c'est-à-dire moins d'un septième, chez lesquels l'inflammation est peut-être restée limitée aux points primitivement envahis, ou du moins, si elle s'est étendue dans les deux ou trois premiers jours, ce ne fut que sur une petite surface. Ce qui justifie d'ailleurs cette manière de voir, c'est que, lors de l'entrée des malades à l'hôpital, la pneumonie était partout arrivée au même degré et à peu près également dans tous les points. Au contraire, chez les 132 autres malades, la maladie a primitivement envahi de nouvelles portions de l'organe, jusqu'à une époque plus ou moins éloignée du début, de telle sorte qu'une inflammation qui avait commencé par n'affecter d'abord qu'un sixième, qu'un cinquième ou qu'un quart de la surface pulmonaire, s'était ensuite plus ou moins rapidement étendue à la moitié, aux deux tiers ou même à la totalité de l'organe.

Cette extension se fait tantôt régulièrement, c'est-à-dire que chaque jour on trouve que l'inflammation a gagné une plus grande surface ; d'autres fois, la pneumonie semble se circonscrire ; elle reste stationnaire pendant un ou plusieurs jours, et reprend ensuite de nouveau sa marche ascendante. La pneumonie s'étend donc comme le font le plus souvent les érysipèles, c'est-à-dire que l'inflammation, née dans un point, se propage ensuite par degrés vers les parties voisines. On ne voit presque jamais chez l'adulte la phlegmasie envahir successivement ou simultanément le sommet et la base d'un poumon, en respectant les parties intermédiaires ; chez les enfants, au contraire, cette marche paraît être moins rare. Nous avons aussi déjà vu que dans le jeune âge il arrive quelquefois que, l'inflammation envahissant à la fois plusieurs lobules pulmonaires, plus ou moins distants les uns des autres, ces points de phlegmasie finissent par converger entre eux, puis par se réunir. Chez l'adulte, au contraire, la pneumonie n'a presque toujours qu'un seul point d'origine d'où elle s'irradie ensuite vers les parties environnantes.

L'extension de la pneumonie aux parties voisines s'effectue le plus souvent sans qu'aucun phénomène physique appréciable ait averti le médecin. L'inflammation, qu'on avait exactement limitée dans une surface plus ou moins large, est trouvée, au bout de douze ou vingt-quatre heures, avoir franchi ses limites et envahi des portions du poumon qui, lors du dernier examen, semblaient être à l'état physiologique, à en juger par la pureté du bruit respi-

ratoire qu'on entendait à leur niveau. Ce fait ne doit point nous surprendre, si nous nous rappelons le mode de propagation de certaines phlegmasies, celle de l'érysipèle, par exemple, dont il nous est facile de suivre les progrès et qu'il faut, par conséquent, prendre pour point de comparaison. Si, en effet, dans l'érysipèle de la face, on examine une portion de peau voisine du point phlogosé, et qui sera envahie quelques heures plus tard par le travail inflammatoire, on ne constatera aucune modification appréciable dans la sensibilité, dans la coloration, dans le volume de cette partie des téguments. Chez quelques pneumoniques, on peut pourtant déterminer parfois d'avance, et limiter même assez exactement les nouveaux points du poumon que l'inflammation aura envahis au bout de douze ou vingt-quatre heures. C'est ainsi que sur un huitième des malades environ, lorsque la pneumonie devait s'étendre à de nouvelles surfaces, on commençait par constater à leur niveau quelque altération dans le murmure respiratoire; celui-ci était généralement plus faible, et si la percussion ne faisait distinguer dans les mêmes points aucune différence de sonorité, le doigt qui percutait avait néanmoins la sensation d'une élasticité moins parfaite. Plus rarement, j'ai vu les signes physiques caractérisant la pneumonie être précédés par une respiration puérile ; c'est ce que Stokes paraît avoir observé plus fréquemment que moi. Ce célèbre médecin rapporte que, lorsque la pneumonie s'étendait de proche en proche, il avait trouvé souvent qu'une respiration puérile précédait la crépitation de quelques heures, et cette respiration supplémentaire était alors plus intense au voisinage de la maladie que dans le poumon opposé (1). Mais cette modification dans l'intensité du bruit respiratoire, que le murmure soit exagéré ou affaibli, ne peut avoir de valeur, et n'indique d'une manière à peu près certaine que la pneumonie doit envahir de nouvelles surfaces, qu'autant que le phénomène reste limité à un petit espace, c'est-à-dire à 6 ou 9 centimètres, à moins pourtant qu'étendus bien davantage, ils ne coïncident avec une altération dans la sonorité ou dans l'élasticité.

Non-seulement la pneumonie peut s'étendre de proche en proche et envahir peu à peu toute la surface d'un poumon, mais, en outre, on voit assez souvent la phlegmasie se propager au poumon du côté opposé.

Nous avons dit déjà que c'était dans le seizième des cas à peu près qu'on observait la pneumonie double. Ce qu'il y a de vraiment

(1) *Loc. cit.*, p. 325.

remarquable dans son histoire, c'est que presque jamais on ne voit la maladie envahir primitivement les deux poumons à la fois. Si même je ne consultais que les faits que j'ai recueillis, je dirais que constamment la pneumonie commence par envahir un seul poumon, et que ce n'est que consécutivement qu'elle se propage à l'organe du côté opposé.

Chez 12 malades, l'exploration complète de la poitrine a été faite chaque jour avec assez de soin, pour que j'aie pu déterminer le moment où la pneumonie a commencé par devenir double. Cette époque a varié entre le quatrième et le treizième jour; terme moyen, l'extension de la phlegmasie au poumon opposé a eu lieu vers le huitième jour. Par conséquent, nous devons conclure que, si une pneumonie devient double, cela ne dépend pas d'une même cause qui aurait agi à la fois sur les deux poumons, puisqu'il y a eu un trop long intervalle entre la provocation et l'explosion de la deuxième pneumonie; il faut plutôt admettre ici une véritable influence pathologique qu'exerce le poumon primitivement malade sur son congénère resté sain, et cela en vertu de cette loi de souffrance mutuelle et réciproque des organes pairs, dont on trouve de si fréquents exemples dans la pratique.

Nous avons vu précédemment que l'invasion de la pneumonie était marquée par quelques symptômes à peu près constants, tels que le frisson et une douleur plus ou moins vive dans le côté correspondant de la poitrine. Lorsque l'inflammation vient à envahir consécutivement l'autre poumon, il est fort remarquable qu'elle débute presque toujours d'une manière obscure, latente, sans frisson ni point de côté. C'est ainsi que, de toutes les pneumonies doubles dont j'ai recueilli l'histoire jusqu'à présent, je n'ai vu qu'une seule fois la deuxième pneumonie débuter avec le même appareil de symptômes que celle qui avait commencé huit jours auparavant dans le côté opposé de la poitrine; c'est-à-dire que le malade a ressenti un frisson violent, avec une douleur de côté assez vive; les crachats sont devenus plus abondants, d'une couleur jaune plus foncée; la toux a été plus pénible, la fièvre, l'oppression ont augmenté; en même temps que les phénomènes fournis par l'auscultation et par la percussion indiquaient le siége et l'étendue de la pneumonie nouvelle. Mais à part ce cas, qui est tout à fait exceptionnel, la pneumonie qui est survenue en dernier lieu ne provoque, à son début, ni frisson, ni point de côté; les crachats même ne changent pas d'aspect, et restent à peu près tels qu'ils doivent être naturellement à la période à laquelle est arrivée la pneumonie qui a commencé la première.

On peut jusqu'à un certain point s'expliquer pourquoi, dans le cas de pneumonie double, l'inflammation qui survient en dernier lieu ne provoque pas les symptômes locaux qu'on a observés communément du côté du poumon primitivement envahi. On a pu remarquer, en effet, que la seconde pneumonie se déclare à l'époque où la première continue encore à s'aggraver, ou bien lorsqu'elle est parvenue à la période la plus aiguë. On sait aussi que le poumon qui est affecté le dernier l'est dans une étendue moins considérable, et à un degré moins avancé que celui qui a été envahi le premier ; voilà pourquoi les symptômes dépendant de la seconde pneumonie sont masqués par ceux de la première, ou du moins ils sont confondus avec eux. Il est probable pourtant que si, contre la loi commune, l'inflammation n'envahissait le second poumon qu'après avoir rétrogradé dans le premier, le développement de cette pneumonie nouvelle devrait réveiller la fièvre, provoquer l'expulsion des crachats rouillés, augmenter la dyspnée, et peut-être même exciter une douleur dans le côté correspondant. Je dis peut-être, car dans la pneumonie double, la douleur paraît siéger du côté primitivement envahi, lors même que la pneumonie y serait moins étendue que dans le poumon affecté en dernier lieu. Je n'émets cette proposition qu'avec réserve, attendu qu'elle ne s'appuie encore que sur un trop petit nombre d'observations particulières. D'après ce qui précède, on s'expliquera pourquoi le moment où la pneumonie est devenue double n'a été marqué que dans un sixième des cas par une exagération de la fièvre; j'ai constaté, par contre, chez plus de la moitié des sujets une augmentation de la dyspnée et de l'oppression ; ce qu'on s'explique aisément, puisqu'une nouvelle portion du tissu pulmonaire est alors devenue impropre à la respiration. D'après ce que je viens de dire, on comprend que la pneumonie double devait être le plus souvent méconnue avant l'application de l'auscultation et de la percussion au diagnostic des maladies de poitrine. Ces précieuses méthodes d'exploration sont, en effet, le seul moyen de reconnaître le moment précis où le poumon qui était resté sain, commence lui-même à être envahi.

Il résulte de ce qui précède que la pneumonie double est assez rare, plus rare qu'on ne l'a dit, c'est ce que nous avons établi d'ailleurs précédemment. Cette rareté existe à tout âge, quoique fort inégalement. C'est dans l'âge adulte qu'elle est la moins commune puisqu'on ne l'observerait guère alors que dans la proportion d'un quinzième ou d'un seizième ; au-dessus de soixante et dix ans, le nombre des pneumonies doubles augmente un peu, il peut atteindre le neuvième ou le dixième, c'est-à-dire la proportion

qu'on observe chez les enfants, surtout de deux à douze ou quinze ans. Je ne parle ici que de la pneumonie vraie, de la pneumonie lobaire, car nous savons qu'il n'en est plus de même dans la broncho-pneumonie qui envahit communément, et à peu près simultanément l'un et l'autre poumon. Si dans certaines statistiques on trouve beaucoup plus de pneumonies doubles, c'est qu'on n'a pas fait la distinction capitale que j'indique ici. D'ailleurs, dans le cas même de pneumonies lobaires on a souvent été induit en erreur par deux circonstances : par une bronchite concomitante, et par la transmission des bruits du côté malade au côté sain. Bien souvent, en effet, il a suffi qu'on ait perçu du râle sous-crépitant dans le côté opposé à la pneumonie, et surtout à la base du poumon, pour conclure à l'existence d'une pneumonie double. Si le malade a en outre des parois qui transmettent exceptionnellement les bruits, on peut, en appliquant l'oreille sur ce point, entendre un souffle, et, si le malade parle, une bronchophonie aussi retentissante et aussi directe que si le phénomène se passait dans la partie du poumon placée immédiatement au-dessous. L'illusion à cet égard est si complète, que les plus habiles y ont été parfois trompés, ils le sont à peu près nécessairement s'ils ne contrôlent pas les résultats d'auscultation par la percussion. Or, celle-ci pratiquée convenablement démontrera que dans ce point la sonorité est parfaite, même dans le cas où il existerait du râle sous-crépitant, chose impossible, dans la supposition d'une pneumonie parvenue au deuxième degré. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces faits, en traitant du diagnostic différentiel.

J'ai dit qu'il était assez rare de voir une pneumonie qui n'eût point passé le premier degré ou la période d'engouement. Jusqu'à présent, je n'ai recueilli que dix observations de pneumonie lobaire dans lesquelles le râle crépitant survenant dès le début de la maladie ait persisté sans interruption jusqu'à la guérison sans jamais avoir été mêlé à la respiration bronchique ou remplacé complétement par elle. Chez tous les autres malades, dont la pneumonie s'est révélée par quelque phénomène stéthoscopique, il y a eu les signes physiques, indiquant l'existence d'une hépatisation plus ou moins complète dans toute l'étendue des points envahis ou dans une partie seulement. Le passage du premier au second degré se fait très-rapidement. C'est ainsi que j'ai constaté l'existence du souffle bronchique chez un individu dont le début de la pneumonie remontait à peine à douze heures. Dès le troisième jour de l'affection, on trouve, chez les deux tiers des malades, de la crépitation mêlée à un souffle tubaire, perceptible pendant l'inspiration,

ou tout au moins pendant l'expiration. Le nombre des pneumonies ne dépassant pas le premier degré, diminue les jours suivants, et, vers le sixième, ce n'est plus que chez un douzième des malades qu'on trouve encore la pneumonie n'ayant pas franchi la période d'engouement. La rapidité avec laquelle l'hépatisation se produit se remarque aussi dans le cas de pneumonie double, c'est-à-dire lorsque la phlegmasie envahit le poumon opposé au côté primitivement affecté. Cette marche prompte, ce passage rapide de la pneumonie, du degré d'engouement à l'hépatisation, a lieu à tous les âges; et peut-être même aux deux extrêmes de la vie, l'inflammation pulmonaire parcourt-elle ses périodes avec plus de rapidité que chez l'adulte. Valleix rapporte (1) que, chez le nouveau-né, entre l'époque où l'état normal de la poitrine fut constaté pour la dernière fois, et celle où la matité eut lieu dans la plus grande étendue, il ne s'écoula qu'un jour au minimum, quatre jours au maximum, terme moyen deux jours; que des sujets, qui la veille ne présentaient que de la dyspnée, et dont la poitrine avait une sonorité tout à fait normale, offraient le lendemain une matité de la moitié et même de toute la hauteur d'un des côtés de la poitrine, et qu'enfin l'autopsie démontrait que, depuis la dernière exploration, c'est-à-dire dans l'espace de quelques heures, l'hépatisation avait fait de très-grands progrès.

On a dit aussi que chez les vieillards l'inflammation des poumons parcourait ses périodes avec une très-grande rapidité. Si je compare les individus compris entre soixante et soixante et dix ans aux sujets moins âgés, je trouve qu'il n'y a pas, entre les deux séries de malades, de différence bien notable relativement à la rapidité plus ou moins grande avec laquelle la pneumonie a passé chez eux du premier au deuxième degré. Mais, dans une vieillesse plus avancée, les choses ont lieu différemment : ici, le passage au troisième degré se fait plus rapidement. Nous verrons plus tard que les pneumonies qui affectent certaines formes, ou qui surviennent dans certaines conditions spéciales, ont également une marche plus ou moins rapide. Citons, comme progressant avec une rapidité exceptionnelle, la plupart des pneumonies qui surviennent chez les ivrognes. Cette remarque a été faite également par Magnus Huss et par M. Leudet, à Rouen.

En étudiant précédemment, en particulier, les divers symptômes qu'on observe dans la pneumonie, on a pu juger facilement comment ils se succédaient et se combinaient entre eux dans les

(1) *Loc. cit.*, p. 166.

différentes phases de la maladie. Nous avons vu que la plupart continuaient à s'accroître, à mesure que l'altération des poumons devenait plus étendue et plus profonde. C'est ainsi que l'oppression, la dyspnée, l'accélération de la respiration, les phénomènes stéthoscopiques, la fréquence du pouls, la fièvre, l'abattement des forces suivent les progrès de l'altération locale, à part quelques rares exceptions. Il n'en est pas de même du point de côté, et souvent aussi de l'expectoration. En effet, j'ai fait observer que la douleur pleurétique parvenait rapidement, dès les premières heures ou dès les premiers jours de la maladie, à son maximum d'intensité, diminuait ensuite ou cessait tout à fait, quoique la pneumonie devînt plus grave, et indépendamment des méthodes de traitement mises en usage. Je pourrais en dire autant de l'expectoration qui conserve en général sa viscosité, mais qui perd sa demi-transparence et surtout sa couleur rouge ou jaune, lorsque la maladie a persisté pendant un certain temps.

Les symptômes que j'ai passés jusqu'ici en revue se remarquent dans les deux premiers degrés de la pneumonie. Après s'être accrus et avoir persisté pendant un temps plus ou moins long, on les voit ensuite diminuer progressivement lorsque la pneumonie doit avoir une heureuse issue ; dans le cas contraire, l'état général et local continue à s'aggraver ; la gêne et la fréquence de la respiration augmentent, l'expectoration devient difficile, ou bien les crachats cessant d'être rendus, s'accumulent en grande quantité dans la trachée et dans les bronches, là, agités sans cesse par le passage de l'air, ils produisent ce gargouillement, ce bruit si pénible à entendre, auquel on donne vulgairement le nom de *râle trachéal*. En même temps, le pouls s'accélère de plus en plus, il devient petit, filiforme, inégal, irrégulier, intermittent ; la peau est aride ou se couvre de sueurs visqueuses et froides ; la face, bleuâtre, livide ou plombée, est profondément altérée, les yeux demi-fermés sont mornes ou hagards ; les malades conservent une position demi-assise ; les forces sont prostrées ; enfin la mort arrive après une agonie plus ou moins longue, et en général, chez les adultes du moins, les facultés intellectuelles restent dans toute leur intégrité.

Il résulte de ce qui précède que la pneumonie a le plus communément une marche progressive pouvant offrir pourtant, quelle que soit sa terminaison ; ces oscillations qu'on observe dans toutes les maladies aiguës. Aux deux extrêmes cependant de la vie, et plus particulièrement chez le vieillard, il est commun de voir survenir, surtout dans les phénomènes stéthoscopiques, des changements parfois considérables. Rien de plus fréquent, par exemple, que dans

l'espace de quelques heures au souffle bronchique succède un murmure vésiculaire ou tout au moins une crépitation qui fait place, peu d'heures après, à tous les signes d'une induration complète. Ces oscillations dans l'état local coexistent le plus souvent, mais non pas toujours, avec des changements analogues dans l'état général.

Ces alternatives se remarquent surtout dans la broncho-pneumonie, et s'expliquent par la mobilité, par les variations de l'état congestif. Mais, quoi qu'on en ait dit, on les rencontre de même dans les pneumonies lobaires franches des vieillards, circonstance non encore assez notée et néanmoins fort importante à connaître. Car la connaissance de cette marche de la maladie doit inspirer beaucoup de réserve dans le pronostic ; aussi lorsque l'affection semble décliner, il ne faut, contrairement à ce qui arrive communément chez l'adulte, croire à une amélioration qu'autant que celle-ci persiste pendant quelques jours. Ce que je dis des vieillards peut s'appliquer aussi à la pneumonie du jeune âge.

§ 2. — **Marche des pneumonies consécutives.**

Si l'on se rappelle combien sont peu tranchés, dans un grand nombre de cas, les symptômes qui marquent le début des pneumonies consécutives, on comprendra la difficulté qu'on éprouve souvent pour calculer la marche de la maladie, apprécier exactement sa durée totale et celle de ses différentes périodes. Cependant, en n'ayant égard qu'aux cas dont le début a pu être déterminé avec quelque précision, il est facile de voir que les pneumonies secondaires sont remarquables par leur marche plus rapide. Le passage du premier degré au deuxième, puis au troisième, se fait plus promptement et de plus la phlegmasie est plus souvent double. C'est ce que l'on constate à tous les âges. Si l'on a signalé si longtemps les pneumonies secondaires comme ayant parfois une marche très-lente, si l'on a dit que, contrairement à ce qui arrive pour la pneumonie primitive, une pneumonie secondaire pouvait rester plusieurs semaines stationnaire au premier degré sans le franchir, sans arriver au deuxième en aucun point, cela tient à ce que pendant longtemps, et je m'accuse moi-même d'avoir fait cette confusion, on a considéré comme appartenant à la pneumonie ces congestions passives qui se font si fréquemment à la partie déclive des poumons des individus malades depuis longtemps, engouement qui n'est pas encore la pneumonie, qui y prédispose, qui la fait naître, mais ne la constitue point. Cette congestion qui persiste toujours, qui reste même souvent l'élément prédominant, du moins

quant à l'étendue, sinon quant à la gravité, explique l'apparente irrégularité des phénomènes stéthoscopiques. On voit, en effet, souvent ici un souffle qui n'a guère alors la rudesse de celui qu'on constate dans les pneumonies légitimes, apparaître promptement, diminuer, cesser même tout à fait du jour au lendemain pour revenir encore, et ainsi plusieurs fois de suite, quelle que soit la terminaison de la maladie ; c'est ce que nous verrons plus tard en traitant de la broncho-pneumonie. Or, c'est précisément parce que les lésions anatomiques sont les mêmes dans les pneumonies secondaires qu'on observe la même mobilité, la même inconstance dans les phénomènes stéthoscopiques.

Lorsque la pneumonie est franchement lobaire les phénomènes marchent suivant l'ordre de succession que nous avons noté dans les pneumonies primitives, seulement la marche en est activée, l'issue funeste est plus prompte, la guérison moins rapide.

CHAPITRE VII

TERMINAISONS.

La pneumonie peut avoir plusieurs modes de terminaisons. La plupart des auteurs admettent que l'inflammation pulmonaire peut se terminer : 1° par résolution ; 2° par suppuration ; 3° par gangrène ; 4° par induration ou par son passage à l'état chronique ; 5° enfin, la pneumonie peut se terminer par une autre affection. Afin d'éviter des répétitions, je n'étudierai ce dernier mode de terminaison que dans le chapitre où je rechercherai d'une manière spéciale l'influence que la pneumonie exerce sur la production et sur la marche des autres maladies.

ARTICLE PREMIER.

TERMINAISON PAR RÉSOLUTION.

Lorsque la pneumonie se termine par résolution, on voit les symptômes généraux et locaux diminuer, puis cesser tout à fait. La fièvre tombe, la respiration est moins gênée, la toux plus rare et les crachats, blancs, muqueux, de moins en moins abondants, ressemblent à ceux des bronchites ordinaires ; le râle crépitant,

qui avait été remplacé par le souffle tubaire, revient avec des caractères nouveaux; bientôt le bruit respiratoire lui succède; le son du thorax s'éclaircit aussi par degrés; l'appétit et les forces renaissent, en même temps que la physionomie reprend son expression naturelle. Cette amélioration coïncide souvent avec des phénomènes critiques très-variés que j'étudierai plus tard. Il est extrêmement important de connaître comment s'opère la résolution de l'engorgement pneumonique; l'auscultation nous permet de suivre pour ainsi dire, pas à pas ce travail réparateur. C'est ce que nous allons exposer.

Lorsque l'hépatisation vient à diminuer, la respiration bronchique, qui était devenue sèche, rude, aride, ou dont le timbre métallique était très-retentissant, surtout pendant l'inspiration perd peu à peu de sa force et de sa rudesse; elle finit bientôt par cesser tout à fait pendant l'inspiration, et n'être plus perceptible que pendant le temps de l'expiration. Dans la presque totalité des cas de pneumonie, c'est dans l'expiration que le souffle commence à être perçu, et c'est aussi dans le même temps qu'il cesse presque toujours d'être entendu lorsque la maladie a une heureuse terminaison. Il peut arriver pourtant que chez des malades qui ont, pendant un ou plusieurs jours, une respiration bronchique dans l'inspiration, on voie le souffle disparaître rapidement ou peu à peu, sans pourtant que l'expiration soit jamais devenue soufflante, pas même prolongée; mais ce sont là des faits rares et très-exceptionnels. C'est ainsi que sur 30 malades ayant tous présenté de la respiration bronchique pendant l'inspiration, je vis chez 14 le souffle diminuer à l'époque de la résolution, puis disparaître pendant le premier temps de la respiration, tandis qu'il persistait encore plusieurs jours de suite pendant l'expiration. Chez 13 autres individus, l'expiration n'était point précisément bronchique, mais seulement plus ou moins prolongée, et quelquefois un peu rude. Parmi les 3 malades qui restent, il y en a 2 chez lesquels le souffle, également marqué pendant l'inspiration et l'expiration, diminua, puis disparut à la fois dans les deux temps de la respiration; enfin chez un seul malade, qui avait du souffle bronchique dans un point circonscrit pendant l'inspiration seulement, ne me présenta plus, au bout de vingt-quatre heures, qu'une diminution dans l'expansion vésiculaire, l'oreille ne percevant aucun bruit morbide pendant l'expiration.

Ces faits sont très-importants à connaître, et il est aisé de voir combien ils peuvent être utiles pour établir le pronostic de l'affection.

Lorsque l'induration pulmonaire commence à se résoudre, la crépitation qui avait cessé reparaît ; mais les bulles sont, en général, plus humides et plus grosses. D'abord peu abondantes, rares, perçues seulement pendant la toux ou pendant une inspiration profonde, elles finissent, à mesure que la résolution fait des progrès, par être entendues très-manifestement pendant les inspirations ordinaires. Laennec a appelé ce râle, *crépitation de retour*, ou *râle crepitans redux*. Il a généralement les caractères que je viens de signaler, et qui sont ceux que Laennec lui attribue; toutefois il n'est pas très-rare de trouver les bulles aussi petites et aussi sèches qu'elles l'étaient dans le premier degré. Il peut même arriver, dans quelques cas fort rares, que le râle *crepitans redux* soit plus fin que la crépitation qui avait existé dans le premier degré de la maladie. C'est ce que j'ai noté plusieurs fois dans mes observations. Le râle crépitant de retour, comme celui qui est primitif, existe exclusivement pendant l'inspiration ; ce n'est que dans quelques cas extrêmement rares, que quelques bulles peuvent aussi être entendues pendant l'expiration.

Quelques personnes semblent penser que la crépitation de retour est un phénomène constant dans les pneumonies qui rétrogradent du deuxième au premier degré. Cette opinion ne me semble pas absolument vraie. J'ai vu, en effet, quatre malades chez lesquels une respiration bronchique des plus intenses fut, du matin au soir, ou du jour au lendemain, remplacée complétement par de la faiblesse du bruit respiratoire, sans aucun vestige de crépitation ou autre bruit morbide. Toutefois je ne suis pas très-convaincu que, dans ces cas, il n'y ait pas eu une crépitation de retour dans l'intervalle des deux visites. La chose est possible, car il ne faut pas oublier que souvent les signes fournis par l'auscultation sont très-fugaces, et qu'ils se succèdent rapidement. Il m'est arrivé plusieurs fois de voir chez le même individu dans l'espace d'une demi-heure, le souffle remplacer la crépitation, et réciproquement. J'ai vu, pendant que j'étais chef de clinique de Chomel, trois malades qui, à la visite du matin, présentaient à l'auscultation un souffle tubaire pur, tandis que le soir la respiration bronchique était déjà mêlée à de la crépitation de retour, laquelle avait cessé tout à fait d'être perceptible, même pendant la toux, dès la visite du lendemain. Certes, voilà trois observations dans lesquelles on aurait cru sans doute que le râle crépitant de retour avait manqué, si les malades n'avaient été explorés avec soin dans l'intervalle des visites du professeur, et si les résultats n'avaient pas été consignés sur le papier.

Si un habile observateur, le docteur Stokes, a cru avoir fréquem ment observé des pneumonies dont la résolution se serait opéré sans qu'il y ait eu de la crépitation de retour (1), il est permis d supposer que ce médecin n'a rencontré un si grand nombre d'hé patisations pulmonaires sans crépitation de retour, que parce qu' a mis un temps trop long entre chacune de ses explorations. Le faits que j'ai rapportés précédemment prouvent combien l'erreu est facile. Dans les cas très-rares où la pneumonie passe du deuxièm au premier degré sans offrir de crépitation, il ne faudrait pas e inférer que la résolution est plus rapide : fréquemment, en effet il s'est écoulé plusieurs semaines encore avant que le poumon eû repris toute sa perméabilité.

La crépitation, dont la durée peut varier depuis quelques heure jusqu'à un et deux mois, diminue bientôt d'abondance; ses bulle deviennent plus rares, moins distinctes; elles ne sont plus enten dues que lorsque le malade tousse, ou lorsqu'il inspire profondé ment. Bientôt le murmure naturel de la respiration commence être perçu; le souffle de l'expiration diminue progressivement, i n'y a plus ensuite qu'un peu de prolongation; enfin, le murmur vésiculaire reprend sa force et son moelleux après être resté faibl plus ou moins longtemps; car on peut établir en règle générale e comme souffrant à peine d'exceptions, que de tous les phénomène stéthoscopiques observés dans la pneumonie, la faiblesse du brui respiratoire est celui qui disparaît le plus tard.

Lorsque la pneumonie a envahi un poumon dans une grand étendue, la résolution ne s'opère pas en même temps et avec un égale rapidité sur tous les points affectés. Laennec a dit que le parties qui avaient été prises les dernières étaient ordinairemen celles dans lesquelles la résolution se faisait tout d'abord; qu quelquefois cependant le contraire avait lieu (2). Ce dernier cas n me semble pas être fort rare. Ayant, en effet, étudié la marche d la résolution sur 90 pneumonies arrivées au second degré, et qu avaient envahi de proche en proche une partie plus ou moins con sidérable de l'un ou l'autre poumon, j'ai trouvé que chez 60 le parties qui avaient été affectées les dernières furent celles où s montrèrent les premiers signes de résolution. Chez 18, au contraire la résolution s'opérait suivant un ordre inverse, c'est-à-dire que l crépitation de retour commença à être perçue au niveau des point qui avaient été envahis les premiers par la phlegmasie; enfin che

(1) *Loc. cit.*, p. 325.
(2) Tome I, p. 528.

12 malades chez lesquels la pneumonie n'occupait pas une grande étendue, les signes de résolution se manifestèrent simultanément sur toute la surface malade du poumon. Dans la pneumonie double, si j'en excepte un seul individu, la résolution a commencé par l'organe qui avait été envahi le dernier, ou bien elle s'est faite simultanément dans les deux poumons. Même dans ce dernier cas, le travail de résolution a marché inégalement, puisque le plus souvent le poumon envahi en dernier lieu avait repris toute sa perméabilité, tandis que l'autre présentait encore quelque phénomène morbide à l'auscultation et à la percussion. Ceci s'explique facilement, si l'on se rappelle ce que nous avons déjà dit, que dans les cas de pneumonie double, le poumon qui est affecté en dernier lieu, l'est dans une moindre étendue que celui qui a été pris le premier, et que chez celui-là la phlegmasie arrive généralement à un degré moins avancé que dans l'autre.

Dans la résolution de la pneumonie, et pour en calculer la marche, il faut donc avoir égard à la manière dont les parties ont été successivement envahies. Lorsqu'une pneumonie cheminant de bas en haut aura envahi le poumon tout entier, il est probable que la résolution se fera successivement d'après le même ordre, il faudrait bien se garder de conclure alors avec M. Walshe à une présomption de tubercule (1). On pourrait pourtant avoir cette crainte si la pneumonie ayant débuté par le sommet, et s'étant étendue jusqu'à la base, la résolution suivait une marche inverse. On a vu toutefois qu'il ne faudrait pas encore ici se hâter de conclure, puisque les cas où la résolution commence par les parties qui ont été envahies les dernières ne sont pas très-rares.

M. le docteur Fournet a prétendu (2) que lorsque la résolution de la pneumonie se fait d'une manière successive d'un lieu à un autre, on entend ordinairement une respiration puérile dans les points où la résolution est devenue complète, qu'elle y persiste avec le même caractère jusqu'à ce que la résolution se soit prononcée dans le point voisin; celui-ci, à son tour, deviendrait le siége d'une respiration puérile, tandis que dans les autres parties, le bruit respiratoire reviendrait peu à peu à son état normal. Ce phénomène n'aurait point lieu, d'après M. Fournet, lorsque la résolution s'opère par un mouvement uniforme et simultané dans toute l'étendue de la portion hépatisée. En consultant les observations recueillies il y a plusieurs années, et dans lesquelles les phénomènes d'ausculta-

(1) *Practical Treatise on Diseases of the lungs*, p. 372.

(2) *Recherches sur l'auscultation*, 1re partie, p. 91.

tion avaient été soigneusement décrits, je n'ai retrouvé la respiration puérile pendant la résolution que trois fois sur 90 malades. Craignant de n'avoir pas noté ce phénomène aussi souvent qu'il avait réellement existé, j'ai fait une nouvelle série de recherches et j'ai vu que sur 63 malades, la respiration puérile n'a été entendue, dans les parties entrées en résolution, que chez trois sujets seulement. Chez aucun, d'ailleurs, je n'ai observé la succession de phénomènes indiqués par M. Fournet. Dans la moitié des cas que j'ai vus, la respiration puérile était perçue seulement dans une partie des points envahis par la pneumonie ; chez les autres, on en constatait l'existence dans toute l'étendue du poumon qui avait été malade. Si M. Fournet a cru entendre la respiration puérile aussi souvent qu'il le dit, c'est qu'il aura probablement pris pour telle cette respiration rude et sèche, s'accompagnant en général d'une expiration soufflante ou prolongée qui succède en effet assez souvent à la respiration tubaire, pendant la résolution de la pneumonie.

Le travail de résolution suit une marche plus ou moins lente, surtout chez les vieillards et chez les sujets débiles, quelle que soit d'ailleurs la méthode de traitement qui a été employée. Il en est de même chez les ivrognes, ainsi que Magnus Huss l'a plus spécialement noté. M. Andral (1) dit avoir remarqué quelquefois, six semaines au moins après la disparition de tous les symptômes aigus de la pneumonie, qu'il existait encore du râle crépitant dans une étendue souvent très-grande, bien que ces individus eussent recouvré des forces, bien qu'ils fussent sans fièvre, que leur appétit fût bon, et qu'ils pussent le satisfaire sans inconvénient ; ils toussaient à peine et ne semblaient pas avoir de dyspnée. Le fait dont parle M. Andral est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit communément. Des observations nombreuses m'ont même démontré que la plupart des malades qui sortent de l'hôpital dans un état de santé tel qu'ils peuvent immédiatement reprendre leurs pénibles travaux, présentent néanmoins à l'auscultation des signes indiquant que le poumon n'a pas repris toute sa perméabilité.

Ainsi, sur 103 malades qui quittèrent nos salles du vingtième au cinquante-cinquième jour, à dater du début de la maladie, 37 seulement ne présentaient plus, ni à l'auscultation, ni à la percussion, aucun phénomène morbide. Chez 36, il n'y avait aucun bruit anormal, mais le murmure respiratoire était beaucoup plus faible que celui qu'on entendait du côté sain dans les points correspondants.

(1) *Clinique médicale*, 4e édit., t. III, p. 518.

Chez 14, indépendamment de cette faiblesse du bruit respiratoire, l'inspiration qui était prolongée offrait, en outre, à l'oreille un timbre soufflant plus ou moins énergique. Chez 11 il y avait, soit pendant l'inspiration, soit pendant la toux seulement, de la crépitation ou du râle sous-crépitant plus ou moins nombreux ; les bulles étaient en général rares, disséminées, et il existait aussi une expansion incomplète ; chez 5, outre ce défaut d'expansion vésiculaire, on voyait en outre prédominer les râles caractéristiques de la bronchite.

Quel est l'état du tissu pulmonaire dans ces résolutions incomplètes ou tardives de la pneumonie? La science ne possède pas jusqu'à présent des faits assez nombreux pour résoudre complétement cette question. On pense généralement que la faiblesse consécutive du bruit respiratoire et que le râle crépitant ou sous-crépitant dépendent d'un œdème pulmonaire qui aurait succédé à la pneumonie. Guidé par l'analogie, j'avais moi-même adopté d'abord cette opinion (1). De même, disais-je, que les parties du corps qui ont été frappées d'érysipèle restent plus ou moins longtemps tuméfiées et œdémateuses, de même aussi on peut voir le tissu pulmonaire, après certaines phlegmasies, présenter un état anatomique plus ou moins analogue. Cependant un fait dont j'ai déjà parlé a dû modifier mon opinion. On se rappelle cette jeune fille de dix-sept ans atteinte d'un rhumatisme articulaire et d'une pneumonie gauche, qui succomba à une péricardite intercurrente, à une époque où la pneumonie, déjà terminée par résolution, ne donnait plus d'autre phénomène stéthoscopique qu'un peu de râle sous-crépitant rare et disséminé, uni à un bruit respiratoire rude dans quelques points et affaibli dans d'autres. J'ai dit qu'à l'autopsie je trouvai le tissu pulmonaire d'un rouge foncé ou noirâtre, encore un peu friable dans quelques points ; il n'y avait plus d'aspect granulé ; mais l'organe était moins souple, il semblait plus sec, il surnageait moins complétement quand on le plongeait dans l'eau, et ne présentait nulle part de trace d'œdème. Ainsi le râle sous-crépitant qui avait existé dans les derniers jours de la vie s'expliquait naturellement par un reste d'engouement des cellules pulmonaires. J'avoue même que s'il y avait eu de l'œdème, cette lésion n'aurait pu me rendre compte du râle, car je ne vois pas comment une sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire intervésiculaire pourrait être la cause d'un râle humide qui se passe dans la cavité des cellules elles-mêmes. Le souffle bronchique et la bronchophonie qui

(1) Voyez mon *Mémoire sur la pneumonie* (*Journ. hebdom.*, 1836, t. III).

persistent dans la convalescence, dépendent parfois d'une induration de tissu, mais plus souvent encore ces phénomènes sont dus à la formation d'un épanchement pleurétique consécutif. Enfin, quelques fausses membranes plus ou moins bien organisées au niveau des points affectés peuvent expliquer également la faiblesse persistante du bruit respiratoire et l'obscurité du son ; c'est dans ces cas, en outre, qu'on voit apparaître à une période avancée un bruit de frottement.

Si la pneumonie est simple, je ne pense pas qu'il puisse y avoir un rétrécissement consécutif de la cavité thoracique ; mais en Amérique et en Angleterre, des observateurs distingués ont émis une opinion contraire. Ainsi, Forbes dit que la mensuration du thorax, faite dans les cas de pneumonie, faisait reconnaître d'abord une tuméfaction de l'organe, et plus tard une atrophie consécutive. Walshe (1), Flint (2), ont soutenu la même opinion. Stokes (3) affirme aussi avoir observé ce rétrécissement ; il le signale surtout comme fréquent à la suite des pneumonies typhoïdes, dans lesquelles la résolution se fait lentement, ainsi qu'après les *pneumonies chroniques*. L'auteur dit avoir vu un cas de *pneumonie asthénique* qui avait duré trois mois, et à la suite de laquelle on avait observé une rétraction thoracique aussi considérable que celle qu'on peut trouver après un empyème. Stokes dit positivement que son malade n'avait pas la moindre apparence d'épanchement. Cependant malgré cette déclaration, et quelque confiance que m'inspire le savant professeur de Dublin, je ne puis m'empêcher de croire que dans tous les cas de pneumonie où l'on a constaté un rétrécissement thoracique consécutif, la maladie du poumon a dû se compliquer d'un épanchement pleurétique plus ou moins considérable. Lorsqu'il en est ainsi, on peut, comme lorsque la pleurésie est simple, trouver un rétrécissement partiel de la poitrine aussitôt que le liquide a été résorbé. C'est ce que j'ai vu deux fois à la suite d'une pleuro-pneumonie du lobe inférieur ; on remarquait chez ces deux malades un aplatissement de la partie antérieure et latérale, correspondant au siége de la pneumonie et de l'épanchement. Je suis d'autant plus autorisé à regarder dans ces cas le rétrécissement de la poitrine comme étant plutôt l'effet de la résorption du liquide que d'une atrophie que le poumon aurait subie consécutivement à la pneumonie, qu'ayant plus tard mesuré avec le ruban et avec le compas

(1) *Loc. cit.*

(2) *Lectures*, p. 420.

(3) *Loc. cit.*, p. 335.

d'épaisseur le thorax de neuf individus qui étaient convalescents d'une pneumonie simple, je ne pus constater aucun rétrécissement dans le côté de la poitrine qui avait été le siége de la maladie. M. Woillez (1), qui a également observé plusieurs fois un aplatissement partiel de la poitrine à la suite de la pneumonie, est porté à regarder aussi ce rétrécissement comme étant plutôt l'effet de l'absorption du liquide pleurétique que de la pneumonie elle-même. Il l'a toujours vu être partiel, et il s'est opéré suivant des lois semblables, mais plus simples encore que celles qui président aux rétrécissements partiels produits par la pleurésie. Ainsi dans les pleuro-pneumonies droites, c'est la région antérieure du côté droit qui s'est rétrécie seule ; dans les pleuro-pneumonies gauches, c'est au contraire uniquement au niveau de la région postérieure du côté gauche que le rétrécissement s'est opéré. M. Woillez n'a jamais vu l'irrégularité et l'inclinaison des côtes au niveau de la région rétrécie. Le rétrécissement n'était sans doute pas assez considérable pour produire cet effet.

J'ai voulu déterminer par l'analyse de 192 faits si l'amélioration commençait à se faire par les symptômes généraux ou bien par les symptômes locaux. Voici ce que j'ai observé. Sur ces 192 malades, j'ai vu 94 fois une diminution considérable dans l'appareil fébrile, coïncider avec une amélioration du côté des phénomènes stéthoscopiques : l'amendement de ces deux ordres de symptômes m'a paru être, dans ces cas, tout à fait simultané. Chez 72 autres malades, une diminution notable dans l'appareil fébrile a précédé de un ou plusieurs jours les changements favorables qui sont survenus plus tard dans les symptômes stéthoscopiques. Enfin chez 26 malades les phénomènes d'auscultation se sont amendés d'une manière sensible, tandis que la fièvre conservait à peu près toute son intensité.

On s'explique sans peine pourquoi l'état fébrile diminue en même temps que les symptômes locaux s'amendent; car nous avons dit précédemment que la fièvre, dans la pneumonie, était symptomatique de l'altération pulmonaire; elle doit donc s'accroître et diminuer à mesure que celle-ci s'aggrave ou se résout. Les nombreuses exceptions à cette règle ne sont probablement qu'apparentes. Si, en effet, chez 72 malades nous avons vu la fièvre diminuer avant qu'on pût constater aucune amélioration appréciable dans l'étendue et dans le degré de l'inflammation pulmonaire, il est pourtant certain que celle-ci devait être moins considérable; il est probable

(1) *Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*, p. 388 et 461.

que, dans ces cas, la résolution s'est opérée de dedans en dehors, c'est-à-dire des parties profondes vers les parties superficielles : or c'est ce que l'auscultation ne peut pas démontrer d'une manière absolue. Chez 7 malades, j'ai constaté une extension des phénomènes stéthoscopiques le jour où la fièvre avait considérablement diminué; de même on voit quelquefois à l'extérieur, un érysipèle s'étendre encore un peu, tandis que l'appareil fébrile s'amende. Mais dans ces cas même il était facile de s'assurer que si la phlegmasie tendait encore à s'irradier par un dernier effort, elle offrait néanmoins sur tous les points qu'elle avait envahis primitivement, une intensité beaucoup moindre : or c'est ce qui expliquait la diminution qu'on a observée dans l'appareil fébrile. Lors donc que dans une pneumonie, on voit la fièvre diminuer beaucoup, tandis que la crépitation s'est étendue sur une plus grande surface, il est rationnel de croire que la phlegmasie a diminué dans les parties qu'elle avait envahies primitivement. L'amendement qu'on observe dans les symptômes généraux, s'il est considérable, fait présumer qu'une amélioration a dû survenir aussi dans l'état local, quoique cependant les moyens d'exploration soient insuffisants pour nous en donner la certitude. J'ai dit enfin, que chez 26 malades j'avais observé une diminution considérable des phénomènes stéthoscopiques, chez 8 même ils avaient complétement cessé, du moins on n'entendait plus dans les points envahis par la pneumonie, qu'un peu de râle sibilant, quelques bulles de râle sous-crépitant, rare, disséminé avec un brui trespiratoire un peu faible ; cependant chez eux la fièvre persistait à un degré encore assez intense. Fallait-il croire que dans ces cas la pneumonie, s'étant terminée par résolution à la surface du poumon, avait continué de s'étendre et de s'accroître dans les parties profondes de l'organe? La chose était probable pour la plupart des malades, mais chez plusieurs d'entre eux, la diminution de la dyspnée et des mouvements respiratoires, les phénomènes négatifs fournis par l'exploration, ne me permettaient pas d'admettre cette supposition. De même, l'examen attentif de tous les autres viscères ne me faisant découvrir aucune complication inflammatoire, la cause excitante de la fièvre restait tout à fait inconnue.

D'après ce qui précède, on voit que la résolution de la pneumonie se fait toujours plus ou moins lentement. Jusqu'à présent je ne connais aucun fait qui puisse faire soupçonner que les inflammations du poumon puissent se terminer par délitescence; cette terminaison ne pourrait guère être possible que lorsque la maladie n'a pas encore dépassé le premier degré, car lorsque le tissu est plus

profondément altéré, lorsqu'il est hépatisé, il est certain qu'il ne peut reprendre sa perméabilité que par un travail organique qui exige toujours un temps plus ou moins long pour s'effectuer. Toutefois il est quelques circonstances, par exemple l'invasion brusque de certaines maladies graves, qui peuvent arrêter la marche d'une pneumonie et lui permettre alors de se terminer en peu de jours d'une manière favorable. M. Andral rapporte, dans sa *Clinique médicale*, l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans, atteint d'une pneumonie double qui paraissait devoir être fort grave à raison de son intensité et de l'étendue qu'elle occupait, plusieurs émissions sanguines avaient été impuissantes pour en arrêter les progrès ; un pronostic fâcheux était déjà porté, lorsque vers la fin du quatrième jour, une éruption varioleuse se montrant simultanément à la face, sur la poitrine et les bras, on vit aussitôt les symptômes thoraciques diminuer, disparaître bientôt, et douze heures s'étaient à peine écoulées depuis l'apparition des premières pustules que la respiration avait repris sa liberté, les crachats rouillés avaient été remplacés par une expectoration catarrhale, et la crépitation avait fait place presque partout au murmure vésiculaire (1).

Il est évident que, dans ce cas, le travail inflammatoire dont le poumon était le siége a été brusquement arrêté dans son développement et dans sa marche par l'apparition d'une autre phlegmasie qui, occupant une large surface, a été assez puissante pour enrayer la pneumonie. Je ne puis pourtant m'empêcher de faire observer ici que l'état fâcheux du malade, que la gravité des symptômes généraux, dépendaient non-seulement de la pneumonie, mais encore des prodromes de la fièvre éruptive ; l'amélioration qui a succédé à l'éruption se remarque dans la plupart des cas analogues. Cependant il est incontestable que la variole a eu ici une action révulsive par rapport à la pneumonie. C'est encore de la même manière et par un mécanisme analogue qu'il faut expliquer le fait rapporté par Graves, d'une pneumonie parvenue au deuxième degré et qui fut brusquement enrayée par une attaque de choléra indien : en trente-six heures tous les phénomènes morbides qui existaient du côté de la poitrine disparurent, et cette pneumonie grave fut ainsi enlevée avec une rapidité dont Graves n'avait jamais vu aucun autre exemple (2). Des faits semblables sont excessivement rares. Il est au contraire assez commun de voir la résolution de la

(1) Tome III, 4e édit., p. 433, obs. 60.

(2) *The London medical and surgical Journal*, 1833.

pneumonie coïncider avec l'apparition de certains phénomènes, que l'on regarde généralement comme *critiques*, et qui vont être étudiés en détail dans l'article suivant.

ARTICLE II.

DES PHÉNOMÈNES ET DES JOURS CRITIQUES DE LA PNEUMONIE.

La pneumonie est, parmi les maladies aiguës, l'une de celles dans la résolution de laquelle on a signalé le plus fréquemment l'heureuse influence des mouvements critiques. Les auteurs anciens admettaient en effet, conformément aux traditions hippocratiques, que dans les fièvres, et dans la péripneumonie en particulier, on observait souvent, à des jours fixes et déterminés, une amélioration subite, précédée ou accompagnée de quelques changements dans les excrétions, d'une hémorrhagie plus ou moins copieuse, de l'apparition sur la surface du corps d'une éruption ou de quelque tumeur phlegmoneuse. Les auteurs modernes, Laennec (1), Chomel (2), ainsi que M. le professeur Andral (3), ont également reconnu qu'un grand nombre de pneumonies se terminaient par des crises manifestes et heureuses.

J'ai essayé de vérifier moi-même ce point de doctrine qui a excité de si vives controverses parmi les médecins. J'ai recherché avec soin, non-seulement si la résolution des pneumonies était accompagnée de quelques mouvements critiques, mais encore si ces phénomènes avaient paru à certains jours et déterminés. Afin d'arriver à des résultats parfaitement exacts, et pour n'opérer que sur des faits comparables entre eux, j'ai écarté toutes les observations dans lesquelles le début de la maladie n'a pu être fixé avec précision, j'ai négligé également tous les faits de pneumonie dans lesquels des prodromes plus ou moins longs ont précédé les symptômes propres à l'affection pulmonaire; car je ne savais si je devais, pour la détermination des jours critiques, compter, avec quelques-uns, la période prodromique, ou s'il fallait, à l'exemple de quelques autres, l'exclure de mes calculs. J'ai ainsi réuni 130 cas de pneumonies, très-propres à résoudre les problèmes que je me posais; or, ayant pu chez tous ces malades étudier la maladie depuis son début jusqu'à sa terminaison, j'ai pu constater que chez

(1) Tome I, p. 545.

(2) *Dictionnaire de médecine* en 21 vol., t. XVII, p. 249.

(3) *Clinique médicale*, t. III, p. 510.

34 malades, c'est-à-dire chez un quart environ, l'époque de la résolution de la maladie avait coïncidé avec quelques-uns des phénomènes qu'on regarde généralement comme critiques.

Des sueurs plus ou moins abondantes ont été le phénomène le plus commun que j'ai observé chez mes malades; je l'ai constaté chez 22. Chez la plupart il existait seul ; chez d'autres il coïncida avec un dépôt dans l'urine, spontané chez les uns, provoqué chez d'autres par l'acide nitrique. Ce résultat est conforme à celui qui a été indiqué par Hildebrand (1) et par M. Andral (2). Si j'excepte 6 malades qui éprouvèrent, pendant un ou plusieurs jours, des sueurs extrêmement copieuses, tous les autres n'eurent qu'une sueur peu abondaute, ou une légère moiteur qui fut passagère et ne les força pas le plus souvent de changer de linge.

Chez 6 autres individus, l'époque de la résolution de la pneumonie fut marquée par l'éruption sur les lèvres, et surtout sur la lèvre supérieure, de petites vésicules d'herpès plus ou moins nombreuses; chez 2 malades, cette éruption fut le seul phénomène critique appréciable; chez les 4 autres, il y eut en outre un trouble des urines qui fut spontané, ou qu'on détermina en y versant de l'acide nitrique. L'herpès est la seule éruption critique que j'ai observée du côté de la peau. Depuis Hippocrate, les auteurs ont signalé en outre les abcès, les phlegmons, les furoncles et divers exanthèmes, comme pouvant juger les pneumonies. A part quelques exceptions, presque tous les faits de ce genre qui ont été rapportés jusqu'à présent ne doivent être acceptés qu'avec beaucoup de réserve, attendu qu'on doit souvent conserver des doutes sur l'exactitude du diagnostic de la maladie.

Le trouble spontané des urines, leur dépôt briqueté ou blanc au fond du vase qui les reçoit, serait, d'après Laennec (3), la plus commune des évacuations critiques dans la pneumonie; tandis que Bosquillon (4) regardait une crise par les urines comme étant la plus rare de toutes, du moins à Paris. L'opinion de Laennec ne me paraît pas être très-exacte. C'est ainsi que sur 38 malades qui ont guéri et chez lesquels l'état de l'urine a été indiqué avec soin pendant tout le cours de la pneumonie, je n'en vois que 5 chez lesquels un trouble spontané du liquide ou un sédiment au fond du vase a coïncidé avec l'amélioration, ou l'a même précédée d'un ou de deux jours. La proposition de Laennec deviendrait exacte pourtant si l'on

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 92.
(2) *Clinique médicale*, t. III, p. 511.
(3) Tome I, p. 545.
(4) Cullen, *Med. prat.*, t. I, p. 254.

applique ce qu'il a dit, non-seulement aux dépôts spontanés de l'urine, mais encore à ceux que l'on peut déterminer par l'acide nitrique. En effet, sur les 38 malades dont je viens de parler, on a vu précédemment qu'il en est 36 dont l'urine, traitée par l'acide nitrique, s'est troublée ou a fourni des nuages et des coagulum que l'on peut regarder comme ayant été très-souvent critiques, puisque chez 8 ils ont précédé d'un ou de deux jours l'amélioration survenue dans les symptômes de la maladie, et que chez 14 ils ont coïncidé avec le commencement de la convalescence.

Si nous recherchons le degré de fréquence des autres phénomènes critiques chez les 22 malades dont je parle, nous voyons que des sueurs plus ou moins copieuses ont existé chez 8 ; l'*herpes labialis* a été observé chez deux autres ; enfin, dans un cas il y eut en outre une petite épistaxis, et dans un autre quelques selles liquides et fétides coïncidèrent avec une diminution dans les principaux symptômes, et marquèrent réellement le commencement de la convalescence.

Il résulte des faits que je viens d'analyser, que l'urine a offert des caractères véritablement critiques chez plus de la moitié des malades. Chez eux, le trouble de ce liquide a été véritablement un signe indicateur de la convalescence. Aurais-je dû considérer aussi comme phénomènes critiques les dépôts de l'urine qui ont été obtenus un ou plusieurs jours après le début de la convalescence? Je crois qu'en agissant ainsi je me serais éloigné du sens qu'on doit attacher au mot *crise;* toutefois nous ne devons pas moins considérer comme un fait très-important, que lorsque l'urine ne dépose pas avant la diminution des symptômes ou au moment même de la convalescence, elle se trouble presque toujours dès que celle-ci est déclarée. C'est ainsi que sur 17 malades dont l'urine est restée claire pendant toute la période aiguë de la maladie, il y en a 15 chez lesquels elle s'est troublée spontanément ou par les réactifs pendant la convalescence. On pourrait peut-être admettre que, dans ces cas, il y eut une *crise tardive*. Ce qui donne à ces faits une grande importance symptomatique, c'est que, comme je l'ai dit précédemment, le trouble spontané de l'urine et le précipité fourni par l'acide nitrique n'ont été observés chez aucun des malades qui ont succombé, sauf les cas de complication avec une maladie de Bright.

Les hémorrhagies sont des phénomènes critiques assez rares dans la pneumonie. J'en ai pourtant observé moi-même deux exemples. J'ai vu un écoulement sanguin par le nez, de 16 grammes environ, précéder la convalescence de douze et vingt-quatre heures. M. An-

dral a également cité l'observation d'un homme de vingt-six ans, pléthorique, qui fut atteint d'une pneumonie bénigne, et chez lequel, au huitième jour de la maladie, qui commençait déjà à décroître, on vit survenir une épistaxis abondante qui décida la convalescence (1). Enfin, Bosquillon, dans ses *Annotations à la médecine pratique* de Cullen (2), dit avoir vu fréquemment à Paris les pneumonies du printemps se terminer par des épistaxis ou par des déjections sanglantes, le septième ou le neuvième jour (3).

On cite deux exemples de pneumonies qui auraient été jugées par l'apparition d'une hématurie; l'un de ces faits est rapporté dans l'*Annuaire de la Société de médecine du département de l'Eure* (4). L'autre, qui appartient à Latour (d'Orléans) (5), est relatif à un boulanger qui contracta une pneumonie à la suite d'un refroidissement. Il y eut un frisson, des lassitudes spontanées, de la fièvre, un violent point de côté, et rejette des crachats sanguinolents. Trois saignées, des sangsues, un vésicatoire, 5 centigrammes d'émétique, n'avaient produit aucun soulagement, ou du moins celui-ci n'avait été qu'éphémère, lorsqu'au cinquième jour il survint une vive douleur dans les lombes, l'urine se supprima, l'agitation était grande; bientôt le malade, pris d'envies d'uriner, rendit en une seule fois près d'un demi-litre de sang vermeil pur, sans aucun mélange. Dès lors les accidents se calmèrent, et la maladie fut complétement jugée le sixième jour ; l'excrétion naturelle de l'urine se rétablit bientôt; la convalescence fut courte.

Les anciens médecins, et même la plupart de ceux qui ont écrit au commencement de ce siècle, ont placé l'expectoration au nombre des crises de la pneumonie. Huxham dit même (6) que l'expectoration en est la crise naturelle. Cette opinion reposait uniquement sur des idées théoriques; aujourd'hui elle ne peut plus être admise, car l'expectoration n'est rien autre qu'un symptôme de la maladie, et comme le dit avec beaucoup de raison M. le professeur Andral (7), les crachats sanguinolents de la pneumonie ne doivent pas plus être considérés comme une crise de cette maladie que le pus formé à la surface de la plèvre ou du péritoine enflammé ne peut être regardé comme jugeant la pleurésie ou la péritonite.

(1) *Clinique médicale*, t. III, obs. 7, p. 275.
(2) *Éléments de médecine pratique*. Paris, 1789.
(3) *Médecine pratique*, t. I, p. 254.
(4) Année 1808, p. 115.
(5) *Traité des hémorrhagies* (voyez Andral, *Clinique*, t. III, p. 512).
(6) *Essai sur les fièvres*, p. 247.
(7) *Clinique médicale*, t. III, p. 513.

On sera peut-être surpris que je n'aie observé des selles critiques que chez un seul malade; cela tient au traitement qui fut employé. Presque tous les malades, en effet, furent soumis à l'usage des laxatifs, ou prirent la potion stibiée, de telle sorte que dans les cas où la diarrhée fut suivie d'un amendement dans les symptômes, il était impossible de faire la part du médicament et celle qui pouvait revenir aux mouvements organiques. Je crois, avec Baglivi, que si les crises sont moins fréquentes aujourd'hui qu'elles paraissaient l'être en Grèce, cela dépend probablement du traitement plus énergique qu'on oppose aujourd'hui aux maladies aiguës. Le grand médecin que je viens de citer ajoute (1) que chez les paysans qui ne font point usage de drogues, les crises par les sueurs, par les flux du ventre, par l'urine et par les autres voies naturelles s'opéreraient dans un ordre parfait.

Cette opinion de Baglivi a quelque fondement; ayant étudié en effet la marche de la pneumonie chez 10 sujets qui furent traités et guéris par une médecine à peu près expectante, il y en eut 5, c'est-à-dire la moitié, qui présentèrent des phénomènes critiques; 4 eurent des sueurs copieuses; 1 eut un flux abdominal; la sécrétion urinaire ne fut examinée que chez un de ces malades, et chez lui l'acide nitrique produisit un coagulum abondant. Il est probable qu'il en eût été de même pour presque tous les autres malades, du moins ce que nous avons dit plus haut permet de le supposer. Quoi qu'il en soit, ces faits, trop peu nombreux, il est vrai, pour pouvoir rien conclure de général, semblent néanmoins porter à croire que, lorsque par l'emploi, dans une pneumonie, d'une médecine expectante, on ne contrarie pas les mouvements organiques, les crises par la peau et par le tube digestif sont peut-être plus fréquentes.

Je ne dirai rien des parotides qu'on voit parfois survenir au moment d'une diminution apparente de la maladie. Jamais pourtant je n'ai vu la parotide pouvoir être considérée comme une crise heureuse, elle constitue, en effet, un danger de plus lorsqu'elle se termine par suppuration, ce qui est le cas le plus ordinaire, aussi ai-je dû en parler plutôt en traitant des complications.

Les anciens avaient parlé d'autres abcès comme se formant souvent au déclin ou dans le cours de la pneumonie dans divers points du corps, spécialement aux jambes, aux hypochondres (2), parfois aussi dans les organes intérieurs; ce sont là bien plutôt des

(1) *Praxeos*, lib. II.

(2) Van-Swieten, *In aphoris.*, § 837.

complications que des crises, elles sont d'ailleurs rares et sans liaison manifeste avec la pneumonie.

La saison influe-t-elle sur le genre de crise qui doit avoir lieu dans la pneumonie? Rien ne prouve qu'il en soit ainsi, du moins les faits que j'ai observés ne me permettent d'émettre à ce sujet aucune opinion positive.

Je n'ai pu savoir non plus si chez les malades qui avaient eu des pneumonies antécédentes, on avait observé dans tous les cas la même espèce de crises. Les auteurs disent, en effet, qu'on a vu quelquefois un même phénomène critique juger constamment une pneumonie qui se reproduisait périodiquement. C'est ainsi que M. le professeur Serres a rapporté, dans sa thèse, l'observation d'un homme chez lequel une pneumonie aurait été jugée plusieurs fois par un érysipèle aux jambes.

J'ai recherché si, conformément aux doctrines d'Hippocrate et de Galien, les crises, dans la pneumonie du moins, avaient plus de tendance à se faire dans certains jours que dans d'autres. Or, voici ce que j'ai noté sur les 34 malades chez lesquels la pneumonie s'est jugée après l'apparition de quelques phénomènes critiques :

Nombre des pneumonies.	Jour de la crise.
1	Quatrième.
9	Cinquième.
4	Sixième.
3	Septième.
2	Huitième.
11	Neuvième.
1	Dixième.
3	Douzième.

On sera frappé, en lisant ce tableau, du petit nombre de pneumonies qui ont présenté quelque évacuation salutaire, dans les jours qu'Hippocrate a signalés comme essentiellement *critiques* (1). Ces résultats sont peu favorables à la doctrine d'Hippocrate, puisque le plus grand nombre de pneumonies (20) ont eu leurs phénomènes critiques dans les jours qu'on a nommés *intercalaires* ou *provocateurs* (2), pendant lesquels on a dit que les crises étaient moins fréquentes et moins complètes, mais qui néanmoins ont été regardés par les médecins hippocratiques comme pouvant rem-

(1) Les septième, quatorzième, vingtième, etc., nommés *principaux* ou *radicaux* par les Arabes.

(2) Troisième, cinquième, neuvième, treizième, dix-neuvième.

placer les jours critiques. 8 malades ont eu leurs crises pendant les jours *vides* (1) (*vacui seu medicinales*) ; 4 d'entre eux ont même présenté des crises favorables le sixième jour, qui était regardé comme étant le plus pernicieux (2). Il faut conclure de ce qui précède que la doctrine des jours critiques est très-incertaine, et qu'on ne saurait l'admettre avec confiance en ce qui concerne la pneumonie. Cependant M. le professeur Andral a rapporté des faits qui lui sont favorables (3). C'est ainsi que, d'après un résumé de 112 cas, il a trouvé que chez la moitié des malades, la terminaison de la pneumonie s'est faite les septième, quatorzième et vingtième jours, qui sont notés au nombre des jours critiques ou indicateurs. Toutefois, il est à regretter que M. Andral n'ait pas dit comment il avait compté, et à quelle époque il avait regardé la maladie comme terminée. Quant à moi, ayant réuni tous les faits de pneumonie dans lesquels le début de la maladie avait pu être très-exactement déterminé, j'ai noté ensuite le moment précis où les symptômes ont commencé à décroître, puis j'ai fixé avec le même soin le jour où les accidents s'étaient tellement amendés, que le malade pouvait être regardé par tout le monde comme commençant actuellement sa convalescence : or, dans ces deux manières de compter, je me suis assuré que la maladie n'avait aucune tendance naturelle à se terminer au bout de certains jours, et j'ai vu la pneumonie commencer à décroître, ou la convalescence se déclarer à peu près aussi souvent pendant les jours dits *critiques* et *intercalaires*, que pendant ceux qu'on a nommés *vides* ou *non décrétoires*. Je dirai enfin que chez les 10 individus dont la maladie fut abandonnée aux forces de la nature, chez lesquels, par conséquent, nul traitement actif ne vint contrarier les mouvements organiques, plus de la moitié des crises eurent lieu pendant les *jours vides ;* c'est aussi pendant ces mêmes jours que la convalescence commença chez 6 d'entre eux, tandis que chez 4 seulement elle débuta pendant les jours dits *critiques*, *décrétoires* et *indicateurs*. Ces résultats viennent donc démontrer encore le peu de fondement de la doctrine des jours dits *critiques*, du moins en ce qui concerne la pneumonie.

J'ai à dessein insisté sur ces faits, parce que jusqu'à présent on n'avait pas recherché, à l'aide d'une méthode exacte, ce qu'il fallait penser des crises et des jours critiques. Nous avons vu que chez un

(1) C'est le sixième que Galien nommait *tyran*.

(2) Sixième, huitième, dixième, douzième, seizième, dix-huitième.

(3) *Clinique médicale*, 4e édit., t. III, p. 516.

quart des pneumonies qui guérissent, il est possible de saisir, à l'époque où l'amélioration commence, ou peu de temps avant, des changements vitaux, et surtout des évacuations humorales; sans prétendre pourtant vouloir décider (ce qui est impossible à faire) si les crises sont la cause ou l'effet du rétablissement de la santé. Quant à l'influence que certains jours exerceraient pour la terminaison des maladies, j'ai prouvé par plusieurs ordres de faits, combien une pareille doctrine était inadmissible; si j'ai tant insisté pour la combattre, c'est à cause de la tendance de notre époque à revenir vers les vieilles idées; j'ai surtout voulu prévenir mes confrères contre cette opinion des hippocratistes qui serait si fatale à la thérapeutique des maladies aiguës, si elle venait à prévaloir de nouveau; elle consiste à considérer les jours *vides* comme les seuls jours médicinaux, c'est-à-dire ceux pendant lesquels l'homme de l'art peut agir, tandis, dit Bordeu, *qu'il n'a presque aucun droit sur tous les autres, puisqu'il ne lui est pas permis de déranger la nature qui partage son travail entre les jours critiques et indicateurs, et qui se repose ou prend haleine les jours vides* (1).

ARTICLE III.

TERMINAISON DE LA PNEUMONIE PAR SUPPURATION.

Comme toutes les inflammations des organes parenchymateux, la pneumonie peut se terminer par suppuration. Nous avons déjà dit dans un autre article que lorsque la maladie affecte ce mode de terminaison, le pus se trouvait dans l'organe sous deux états différents. Presque toujours il est seulement infiltré dans les mailles du tissu cellulaire intervésiculaire ; très-rarement il est réuni en un ou plusieurs foyers ; il importe beaucoup de conserver cette distinction. Je vais donc examiner successivement les symptômes qu'on observe dans chacun de ces deux degrés de la terminaison de la pneumonie par suppuration.

§ 1er. — **Suppuration diffuse.**

Je n'ai pu encore découvrir aucun signe certain pour faire reconnaître le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. Les signes rationnels, tels que les frissons irréguliers, les redou-

(1) *Œuvres complètes*, édition de Richerand, t. I, p. 212. — *Recherches sur les crises*, § XV.

blements nocturnes, les sueurs plus ou moins copieuses, une sorte de détente dans les symptômes aigus de la maladie, qui marquent généralement qu'une phlegmasie profonde s'est terminée par suppuration, manquent dans les cas où la pneumonie passe au troisième degré, ou du moins je ne les ai point constatés chez aucun des malades qui ont été soumis à mon observation. Les frissons erratiques surtout ne sont point observés dans les pneumonies suppureés, quoi qu'en aient dit Boerhaave et Van-Swieten (1).

Si nous étudions les phénomènes propres de la maladie, et surtout ceux que donnent les moyens physiques d'exploration, on ne peut non plus dans la plupart des cas saisir aucun nouveau caractère. L'imperméabilité du poumon ayant plutôt augmenté qu'elle n'a rétrogradé, la matité reste aussi complète qu'auparavant ; la respiration tubaire, la bronchophonie conservent toute leur force ; si quelques bulles de râle crépitant existaient encore, elles cessent tout à fait ; mais il n'y a là encore rien qui caractérise la présence du pus, ces phénomènes appartenant aussi bien à l'induration rouge du poumon qu'à l'état d'hépatisation grise. Quelques auteurs pourtant ont avancé que l'auscultation pouvait faire reconnaître la présence du pus à l'état d'infiltration. Stokes signale comme étant *presque caractéristique* de cet état, l'existence d'une respiration bronchique, mêlée à un râle *muco-crépitant* (*muco crepitating rale*) (2). Il y a déjà longtemps que Laennec avait parlé de l'existence d'un râle muqueux dans le cas d'infiltration purulente des poumons ; il disait seulement que ce râle se passait dans les bronches, et qu'il était produit, soit par le pus qui y était versé, soit par une sécrétion catarrhale plus abondante (3).

Il est incontestable que dans un grand nombre de cas d'infiltration purulente des poumons, on entend, au niveau des parties altérées, outre la respiration bronchique, un râle crépitant à bulles plus humides et plus grosses que celui du premier degré de la pneumonie. C'est ainsi que sur huit individus chez lesquels un des lobes d'un poumon présentait une hépatisation grise complète, sans mélange du deuxième degré, l'auscultation pratiquée à une époque voisine de la mort avait fait percevoir une crépitation humide et grosse ; mais ce râle avait existé les jours précédents, lorsque la maladie n'était encore probablement qu'à l'état d'induration rouge ; les bulles avaient peut-être acquis dans les

(1) *Comment. in Aphor.*, § 834.

(2) *Diseases of the chest*, p. 328.

(3) Tome I, p. 524.

derniers jours un peu plus d'ampleur et d'humidité; mais ces nuances étaient trop faibles pour pouvoir rien en conclure sous le rapport du diagnostic. D'ailleurs chez trois malades qui succombèrent à une pneumonie qui n'était encore qu'au deuxième degré, l'auscultation m'avait fourni les mêmes phénomènes que précédemment. Quant au râle muqueux signalé par Laennec, je l'ai perçu une fois au niveau des parties hépatisées; mais comme ce bruit existait également dans l'un et dans l'autre poumon, à leur racine et le long des grosses bronches, il était naturel de l'attribuer plutôt à une augmentation de la sécrétion bronchique qu'à l'infiltration purulente de l'organe. Chez trois autres malades, le souffle tubaire très-rude fut le seul phénomène stéthoscopique qui fut noté; enfin sur un dernier individu pendant les trois derniers jours de l'existence, l'auscultation, pratiquée à différentes reprises, ne fit entendre, au niveau des parties frappées de suppuration, aucune espèce de bruit normal ou morbide; circonstance que nous avons déjà rencontrée dans les cas d'hépatisation rouge. Je dois donc conclure de tout ce qui précède, que jusqu'à présent l'auscultation n'a révélé aucun caractère physique spécial qui pût caractériser d'une manière certaine l'infiltration purulente du poumon. J'admets pourtant que dans les cas où, après avoir constaté pendant plusieurs jours, dans une portion de poumon, un souffle tubaire sans mélange de crépitation, on distingue dans ces mêmes points de gros craquements humides ou un râle tout à fait muqueux; on pourra *soupçonner* une infiltration purulente de l'organe dans les points correspondants, alors même que le souffle aurait diminué ou cessé. Mais pour que les caractères stéthoscopiques dont je parle aient cette valeur diagnostique, il faut *nécessairement* qu'ils coïncident avec une aggravation des symptômes généraux. Dans les cas, en effet, où la pneumonie est arrivée au troisième degré, l'état général devient toujours plus fâcheux; le facies est plus altéré, il est parfois pâle, plombé ou jaunâtre; les forces tombent, le pouls se déprime, les dents et la langue s'encroûtent de fuliginosités, un état comateux ou subdélirant se déclare, la respiration est plus pénible, et le malade succombe.

Quelques auteurs ont encore avancé que dans la fonte purulente des poumons, l'expectoration présentait quelques caractères particuliers qui pourraient la faire diagnostiquer. On a dit, en effet, que les crachats devenaient crémeux, opaques, puriformes. Mais cette expectoration se rencontre fréquemment, surtout chez les vieillards, dans les cas même où la pneumonie a une heureuse terminaison, ou bien elle se lie à l'existence d'un catarrhe pulmonaire

antérieur ou consécutif à la pneumonie. Il n'en est plus de même des crachats séreux, noirs, jus de reglisse ou de pruneaux, car les quatre malades chez lesquels j'ai remarqué cette expectoration ont tous rapidement succombé, et l'autopsie a révélé chez eux une hépatisation grise. En conclurons-nous que toutes les fois que ces crachats existeront, il y aura du pus infiltré dans les poumons? Je ne le pense pas. L'expectoration noire ne peut, en effet, nous donner que des probabilités, mais jamais de certitude complète, puisque sur neuf malades chez lesquels M. Andral a rencontré les crachats dont je parle, six, il est vrai, étaient affectés d'une hépatisation grise, mais chez deux la maladie n'avait pas encore franchi le deuxième degré, et même chez l'un des malades qui guérit, la pneumonie qui fut des plus bénignes, paraît n'avoir jamais dépassé la période d'engouement (1).

On a encore prétendu que lorsque les poumons étaient en suppuration, l'haleine des malades exhalait une odeur d'une fétidité remarquable et parfois une véritable odeur de pus. C'est ce que Dance et M. Reynaud paraissent avoir observé, surtout dans les cas de pneumonie métastatique (2). Hourmann et M. Dechambre disent également avoir remarqué chez les vieillards dont la pneumonie était arrivée au troisième degré, que l'haleine exhalait quelquefois une odeur manifeste de pus (3). Jusqu'à présent j'ai vainement cherché à percevoir cette odeur dans les cas dont parlent les observateurs que je viens de citer. J'ai fréquemment noté chez les malades qui approchaient du terme fatal une odeur fétide, provenant, non-seulement de la poitrine, mais qui s'exhalait aussi de tout le corps de l'individu, et qui n'offrait rien de spécial à la pneumonie, puisque je l'ai observée aussi souvent chez des sujets atteints de toute autre maladie aiguë qui avait une issue funeste. Nous devons conclure de tout ce qui précède, que pour reconnaître si la pneumonie s'est terminée par une hépatisation grise, on ne peut invoquer isolément aucun symptôme caractéristique. Ce n'est qu'en étudiant et en comparant les phénomènes morbides aux différentes époques de l'affection, qu'on peut arriver à quelque *présomption* sur l'existence du troisième degré.

L'hépatisation grise se produit plus ou moins rapidement; toutefois, comme il nous est impossible de déterminer le moment où le pus commence à infiltrer le tissu pulmonaire, nous ne pouvons

(1) *Clinique médicale*, t. I, p. 95.

(2) *Dictionnaire de médecine et de chir. prat.*, t. I, p. 95.

(3) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 42.

calculer exactement le temps qui s'écoule généralement pour que l'inflammation passe du deuxième au troisième degré. Chez tous les individus qui ont présenté à l'autopsie une hépatisation grise, le début de la maladie datait de 8 à 13 jours, terme moyen 12 jours. Ceux dont la pneumonie n'avait pas encore franchi le deuxième degré lorsqu'ils ont succombé étaient malades depuis 5 ou 17 jours, terme moyen 9 jours. Enfin chez ceux qui ont offert un mélange des deuxième et troisième degrés, la maladie datait de 7 à 19 jours, terme moyen 10 jours. On voit donc que la gravité des altérations pulmonaires trouvées à l'autopsie était en rapport avec le temps qui s'était écoulé depuis le début des premiers accidents.

Il résulte également de l'analyse des faits que, toutes choses égales d'ailleurs, le siége de la pneumonie et l'âge des sujets ont exercé une influence notable sur le passage plus rapide de la phlegmasie du deuxième au troisième degré. C'est ainsi que la pneumonie qui envahit le lobe supérieur arrive à l'hépatisation grise, beaucoup plus vite que celle qui affecte les autres portions de l'organe. Il m'a paru également que la pneumonie passait plus rapidement au troisième degré, chez les personnes faibles et âgées, que chez les sujets plus jeunes et plus vigoureux. Si, en effet, dans les cas où la maladie ayant eu une durée à peu près égale, et dans lesquels on a trouvé cependant des altérations arrivées à différents degrés, on recherche quel fut l'âge des malades, on voit que dans l'hépatisation rouge l'âge moyen des sujets était 41 ans ; lorsqu'il y avait mélange des deuxième et troisième degrés, la moyenne s'élevait à 48 ans ; enfin elle était de 51 chez ceux dont la pneumonie avait passé complétement à l'état d'hépatisation grise.

La mort est la conséquence ordinaire de la pneumonie qui est parvenue au troisième degré. Il est probable que cette terminaison a lieu presque toujours pour peu que l'infiltration purulente ait une certaine étendue. Quelques personnes semblent même douter qu'une hépatisation grise des poumons puisse se résoudre, et il faut convenir qu'il est difficile de leur prouver le contraire, puisque, comme je viens de le dire, la science ne possède encore aucun signe positif pour diagnostiquer l'une de l'autre l'induration rouge et l'hépatisation grise. J'ai bien vu trois malades chez lesquels tous les signes *rationnels* étaient réunis, pour me faire supposer l'existence du troisième degré ; néanmoins ces individus ont guéri, et quoique le travail de résolution ait été beaucoup plus lent à se faire, cependant il ne m'a pas paru différer sensiblement de celui qu'on observe dans la résolution de l'hépatisation rouge ; c'est-à-dire que, comme pour cette dernière, le souffle tubaire a été rem-

placé, sans intermédiaire, par une crépitation humide et grosse, qui a persisté plusieurs semaines.

Suivant Laennec, le râle crépitant redux se remarquerait pendant la résolution de la pneumonie au troisième degré; mais cet illustre médecin a prétendu que cette crépitation était précédée par un râle muqueux ou sous-muqueux, indice du ramollissement d'une portion du poumon. Au bout de peu de jours et quelquefois de peu d'heures, le râle crépitant deviendrait, d'après lui, sous-crépitant, et indiquerait l'apparition de l'œdème, qui, suivant le même auteur, accompagne ordinairement la résolution de l'hépatisation grise (1). Lorsqu'on sait que Laennec et que personne après lui n'a pu donner de signe positif pour reconnaître l'infiltration purulente des poumons, on sera autorisé à supposer avec M. Andral (2) que l'illustre auteur du *Traité de l'auscultation* a plutôt supposé que réellement observé les différents signes qu'il indique comme accompagnant la résolution de la pneumonie au troisième degré.

Dans quelques cas rares, j'ai vu les phénomènes d'auscultation sembler rétrograder au moment même où s'opérait l'infiltration purulente du parenchyme. C'est ainsi que le souffle devenait moins bruyant, et cessait même tout à fait; une respiration rude, toutefois, était perçue là où la veille il n'existait qu'un souffle à timbre plus ou moins métallique; mais l'aggravation croissante des autres symptômes ne permet pas alors d'avoir confiance dans ceux qui semblent promettre une marche rétrograde des lésions. Ces malades succombant parfois le jour même, je trouvais à l'autopsie un lobe entier, dur, grisâtre, infiltré de pus, et présentant çà et là à sa surface des vésicules perméables, crépitant facilement sous les doigts, et en nombre suffisant pour expliquer la modification survenue dans les phénomènes d'auscultation qui avaient pu faire croire à la rigueur à un commencement de résolution. Chez d'autres malades atteints de la même manière, on n'entend plus rien à l'auscultation, du moins aux inspirations ordinaires; on perçoit un peu de souffle seulement lorsque les malades se livrent à une inspiration profonde; il semble alors que l'air ne retentit plus dans ce poumon induré, il est vrai, mais souvent peu ferme parce qu'il est infiltré d'une grande quantité de liquide.

§ 2. — **Abcès pulmonaires.**

Dans tous les cas d'abcès pulmonaires primitifs que j'ai réunis,

(1) *Auscultation*, t. I, p. 527.

(2) Même volume, p. 528, note d'Andral.

il paraît que la collection purulente a toujours été consécutive à une pneumonie qui s'était manifestée avec le cortége des symptômes généraux et locaux qui l'accompagnent ordinairement. Il me semble également que les collections purulentes des poumons se remarquent surtout, comme je l'ai déjà dit, chez les adultes et chez les vieillards ; plus fréquentes dans le lobe supérieur que dans le lobe inférieur, on les observe plus spécialement à la suite des pneumonies qui affectent des sujets affaiblis par l'âge, par des maladies antérieures, par la misère ou par les privations. C'est ainsi que sur 16 individus qui ont succombé avec des abcès pulmonaires primitifs, et pour lesquels on a tenu compte de l'état constitutionnel, je n'en trouve que 2 ayant les attributs d'une bonne constitution ; tous les autres étaient plus ou moins affaiblis par une ou plusieurs des conditions que je viens d'énumérer. La nature des causes occasionnelles exerce aussi beaucoup d'influence sur la terminaison de la pneumonie par abcès. Ainsi J. Frank (1) a prétendu que les collections purulentes des poumons succédaient très-fréquemment aux pneumonies qui étaient l'effet d'une violence extérieure ou à celles qui avaient été précédées d'une affection catarrhale des bronches. Je n'ai pour ma part encore observé aucun fait qui confirme cette opinion. Le même auteur signale avec plus de raison les corps étrangers qui pénètrent dans les voies aériennes, surtout ceux qui arrivent par le larynx, soit que, s'enfonçant dans le poumon, ils le percent, le labourent et l'enflamment directement : tels sont les épis des graminées ; soit que, s'introduisant dans l'une des bronches, dans la droite spécialement, ils s'y fixent et deviennent ainsi la cause excitante d'une pneumonie qui se développe communément dans un point plus ou moins éloigné ; j'ai précédemment rapporté plusieurs exemples qui le prouvent.

Comme on a pu le voir à l'anatomie pathologique, les pneumonies qui se sont terminées par la formation d'un abcès, occupaient presque toutes une étendue assez considérable de l'organe. La réunion du pus en foyer peut s'expliquer, tantôt par l'intensité de la maladie dont la marche a été extrêmement rapide, tantôt au contraire par sa lenteur, par une bénignité apparente dans les symptômes généraux, ce qui permet à la phlegmasie de parcourir toutes ses périodes dans un point presque toujours assez circonscrit.

Lorsque le pus est réuni en foyer, Laennec dit qu'on peut en reconnaître la présence à l'aide des phénomènes fournis par l'aus-

(1) *Pathologie médicale*, édition de Bayle. Paris, 1840, p. 271.

cultation. Suivant ce grand observateur, dès qu'il existe une collection purulente dans le poumon, l'oreille, appliquée sur le point correspondant de la poitrine, distingue un râle muqueux très-bruyant, à grosses bulles, donnant souvent la sensation d'un véritable gargouillement. La bronchophonie qui existait précédemment fait place alors à une pectoriloquie plus ou moins parfaite; enfin la respiration et la toux de bronchiques qu'elles étaient deviennent caverneuses. En un mot, on constate tous les signes physiques faisant reconnaître l'existence des cavités qui succèdent à la fonte des tubercules. Laennec a même indiqué quelques caractères stéthoscopiques à l'aide desquels il serait possible de préciser jusqu'à un certain point le degré de profondeur auquel les abcès sont situés, et le plus ou moins de consistance et d'épaisseur de leurs parois. Ainsi dans les cas où l'abcès est voisin de la surface, la respiration et la toux donneraient dans le point correspondant le *souffle dans l'oreille;* c'est-à-dire que lorsque le malade respire brusquement, l'air semblerait être attiré de l'oreille même de l'observateur, tandis que dans le temps de l'expiration, on dirait qu'on souffle directement dans le conduit auditif. Ces phénomènes pourront être déterminés par les saccades de la toux, et par les articulations de la voix. Lorsque les parois de l'abcès pneumonique sont inégalement indurées, et lorsque dans quelques points il n'existe que de l'engouement, on dirait, dit Laennec, que pendant que le malade respire, parle ou tousse, une sorte de voile mobile s'agite entre l'excavation pulmonaire et l'oreille de l'observateur. Les faits manquent encore pour apprécier exactement le degré d'importance du *souffle* dans l'oreille et du souffle *voilé*, dans les cas d'abcès pulmonaires; toutefois, à en juger par ce qu'on trouve chez les phthisiques, je ne pense pas que ces signes stéthoscopiques aient la valeur sémiotique spéciale que Laennec leur avait attribuée.

D'après les résultats fournis par l'anatomie pathologique, on peut affirmer d'avance que les symptômes stéthoscopiques indiquant la présence d'une excavation pulmonaire doivent manquer très-souvent. En effet, pour que le souffle caverneux, le gargouillement et la pectoriloquie soient produits, il faut, comme condition essentielle, que la cavité creusée dans les poumons ne soit pas entièrement remplie par le pus, et que de plus elle communique avec les bronches par des ouvertures sinon très-grandes du moins suffisantes. Or, ces différentes conditions manquent dans un grand nombre de circonstances; on peut se convaincre, en effet, que dans plus de la moitié des cas d'abcès pulmonaires qui se sont terminés d'une manière funeste, le foyer était entièrement rempli par le

liquide et ne paraissait pas communiquer directement avec les bronches. Sur les malades chez lesquels cette communication existait, il n'est pas démontré que l'ouverture fût suffisante pour produire les phénomènes stéthoscopiques précédemment décrits. L'état anatomique des parties explique donc pourquoi les symptômes d'auscultation font si souvent défaut dans les abcès pulmonaires. Je n'ignore pas que la plupart des observations ont été recueillies par des personnes peu versées dans les recherches d'auscultation, ou qui n'ont pas exploré suffisamment la poitrine; toutefois il est des cas nombreux dans lesquels, malgré tout le soin qu'on mit dans l'examen, rien ne put indiquer la présence d'une cavité purulente, et cela précisément à cause des conditions anatomiques de l'excavation elle-même. C'est ainsi que, dans l'observation que j'ai recueillie, quoique l'abcès fût placé tout à fait à la surface de l'organe, et que sa cavité fût assez vaste pour loger une très-grosse noix, l'auscultation pratiquée cependant chaque jour avec un très-grand soin, n'a fait constater à son niveau aucun phénomène qui nous permît de reconnaître dans ce point une excavation pulmonaire. L'état du foyer, à l'autopsie, m'expliqua pourquoi le stéthoscope n'avait fourni que des résultats purement négatifs. Je trouvai, en effet, la cavité entièrement remplie par le pus; elle était tapissée par une pseudo-membrane récente, qui l'isolait des parties voisines; examinée sous l'eau, je ne pus découvrir l'orifice d'aucune bronche, même d'un petit calibre; enfin l'insufflation me prouva également que le foyer n'avait aucune espèce de communication avec les tuyaux aériens.

M. le professeur Bouillaud a aussi rapporté (1) une observation d'abcès pulmonaire superficiel, sous-pleural, dont la cavité anfractueuse *remplie de pus* pouvait loger un petit œuf, et cependant l'auscultation pratiquée le jour même de la mort ne fit constater au niveau de l'abcès qu'une absence presque complète de la respiration vésiculaire et un souffle bronchique. La percussion néanmoins produisit dans ce point un *quasi-tintement de pot fêlé*. Ce phénomène ne semblerait-il pas indiquer que la poche purulente devait communiquer avec l'air extérieur? A moins pourtant que le tintement puisse quelquefois reconnaître une cause différente de celle du bruit *de pot fêlé* ordinaire; c'est ce qui n'est pas probable. La percussion pratiquée dans les cas d'abcès pulmonaires doit fournir un son complétement mat, parce que, comme nous l'avons dit, le foyer est

(1) *Clinique médicale*, t. II, observ. troisième, p. 18.

le plus souvent rempli, et parce que ses parois sont formées par un tissu induré et imperméable. Dans les cas, au contraire, où l'excavation est assez voisine de la surface, si elle se vide du pus pour se remplir d'air, on conçoit qu'alors en percutant plus ou moins fortement, on puisse obtenir un son sinon tympanique, du moins non complétement mat, et circonscrit à l'étendue même qui est occupée par la caverne.

Les symptômes stéthoscopiques ne pouvant avoir lieu qu'autant que l'abcès communique largement avec les bronches, il s'ensuit que le plus souvent ces phénomènes sont consécutifs à une expectoration purulente. Sur douze observations d'abcès pulmonaires où la matière de l'expectoration a été suffisamment décrite, on en trouve six dans lesquels il est certain que les malades rendirent par la bouche une quantité assez considérable de pus, qui s'échappa plusieurs fois brusquement et comme par flot. Ses qualités étaient variables; tantôt blanc, épais et franchement phlegmoneux, d'autres fois il était d'un gris sale, brun ou jaunâtre ou bien sanieux et exhalait une odeur fétide ou même gangréneuse ; indice certain que les parois du foyer étaient frappées de mortification. Pointe a rapporté un fait de ce genre dans une des séances de la Société de médecine de Lyon (1). Une blanchisseuse, âgée de vingt-deux ans, d'une constitution peu forte, fut prise d'une pneumonie contre laquelle on n'opposa aucun traitement énergique dans les dix premiers jours. Saignée deux fois à cette époque, on lui mit en outre plusieurs vésicatoires; elle n'en succomba pas moins au vingt-troisième jour de sa maladie, après avoir expectoré pendant les deux derniers jours une matière brunâtre purulente, sans consistance et d'une horrible fétidité. A l'autopsie, on trouva le poumon gauche hépatisé presque partout, et présentant en arrière un foyer vaste, dont les parois étaient inégales, brunâtres et putrilagineuses. Dans le cas où l'abcès communique largement avec les bronches, on pourrait aussi trouver dans les matières expectorées ces fragments de tissu pulmonaire mortifiés, dont nous avons parlé à l'anatomie pathologique et dont l'inspection attentive ferait aisément reconnaître la nature.

Les qualités de l'expectoration, son abondance, l'instantanéité avec laquelle le pus est expulsé, sont, comme on le voit, tout autant de particularités remarquables, dont il faudra tenir compte pour établir sûrement le diagnostic différentiel de la maladie.

L'époque à laquelle l'expectoration purulente se manifeste, doit

(1) *Journal général*, t. LXXXV, p. 295.

varier suivant une foule de circonstances, et en particulier suivant la marche plus ou moins aiguë de la maladie, suivant que l'abcès est enkysté ou non, suivant le degré de solidité de la membrane, qui l'isole du tissu du poumon, etc., etc. Dans les cas où le début de la maladie a pu être fixé, l'expectoration purulente a eu lieu les quinzième, vingt et unième et vingt-huitième jours; elle a persisté pendant un temps qui a varié entre deux jours et trois mois, éprouvant des modifications très-variables sous les rapports de la quantité et de la qualité du fluide excrété. L'expectoration purulente serait un phénomène qu'on devrait observer constamment si la vie se prolongeait davantage; mais nous avons vu que dans un grand nombre de cas, les malades succombent avant l'élimination du produit morbide. Je suis porté à penser que l'expectoration purulente doit très-rarement manquer chez les individus qui sont parvenus du vingt-cinquième au vingt-huitième jour de la maladie.

On conçoit que, lorsque l'excavation s'est ainsi vidée en totalité ou en partie du pus qu'elle contenait, on puisse alors constater la présence des phénomènes stéthoscopiques précédemment énumérés. C'est ce qui a été observé notamment par le docteur Heyfelder (1). Ce médecin ayant soigné un individu affecté d'une pneumonie occupant la moitié inférieure du poumon droit, vit son malade rendre tout à coup une grande quantité de pus, ce qui amena un grand soulagement. L'auscultation fit entendre aussitôt après, et pour la première fois, à la base du thorax, un râle caverneux et de la pectoriloquie. Robert a également publié (2) l'observation d'une femme de cinquante-sept ans, qui au vingt-huitième jour d'une pneumonie gauche, rendit tout à coup une grande quantité de crachats globuleux, mêlés à une matière rougeâtre et puriforme. Dès le lendemain on entendit en arrière et sous l'omoplate, une respiration soufflante et de la bronchophonie (l'auteur a sans doute voulu dire pectoriloquie); l'autopsie révéla l'existence d'une excavation assez vaste pour pouvoir contenir le poing du sujet. Dans les cas où le foyer communique moins largement avec les bronches, les matières expectorées sont formées par des mucosités uniformément opaques, et qui ressemblent plus ou moins aux crachats qu'on rencontre dans la dernière période de la phthisie pulmonaire. Enfin lorsque l'abcès ne communique pas encore avec l'extérieur, les crachats sont ceux qu'on trouve communément dans

(1) *Studien der Mediz.* Stuttgardt, 1835.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, dans le t. I, p. LXIX de la *Nouvelle bibliothèque médicale*, année 1828.

les pneumonies parvenues au troisième degré, et dont j'ai parlé précédemment.

Les anciens auteurs admettaient que les abcès pulmonaires, au lieu de s'échapper par les bronches, pouvaient s'ouvrir dans le péricarde ou dans les plèvres et produire un empyème, ou bien enfin se faire jour dans la cavité abdominale. Ces diverses terminaisons sont possibles, mais infiniment rares.

La rupture de l'abcès dans la plèvre est l'accident qui devrait être le plus fréquent. Il est probable que M. Bouillaud et moi l'aurions observé chacun chez notre malade, si la mort eût été moins prompte. J'ai dit, en effet, que dans ces deux cas l'abcès était très-superficiel, et que la plèvre ramollie ou très-amincie formait une de ses parois. On se rappelle aussi un autre fait publié par Martin Solon (1), dans lequel le foyer menaçait de s'ouvrir dans le péricarde et dans le médiastin, après avoir déjà communiqué avec une portion de la plèvre. On conçoit que si l'abcès venait à s'ouvrir brusquement dans la cavité pleurale, on observerait tous les symptômes d'une pleurésie suraiguë, et probablement aussi ceux d'un hydro-pneumothorax.

Il existe dans les annales de la science un certain nombre d'observations qui sembleraient prouver que les abcès du poumon peuvent s'ouvrir quelquefois à travers les parois thoraciques ou dans leur voisinage. Quesnay (2) rapporte qu'un abcès étant survenu aux lombes, à la suite d'une inflammation de poitrine, il l'ouvrit, mais le malade ayant succombé quelques jours après, l'autopsie démontra qu'un *des lobes du poumon était presque entièrement tombé en suppuration, et qu'une petite partie du pus épanché dans la poitrine s'était frayé un passage vers les lombes, à travers les attaches du diaphragme.* Il est peut-être plus convenable d'admettre que dans le fait rapporté par Quesnay il n'y avait qu'un épanchement pleurétique. Beaucoup d'anciens chirurgiens ont cru, en effet, avoir ouvert des abcès formés dans le parenchyme pulmonaire, tandis qu'ils donnaient seulement issue à un empyème : tels sont, entre autres, les faits rapportés par Campardon (3), et qu'on a présentés comme des exemples de guérison d'abcès du poumon ouverts à l'extérieur. La quantité de liquide évacué dans un cas (2 kilogrammes au moins), le rétrécissement consécutif du thorax dans le deuxième, indiquent suffisamment que les malades ont été guéris d'un empyème, et nullement d'un abcès pulmonaire.

(1) *Archives générales de médecine*, t. XXVI, p. 81, année 1831.

(2) *Traité de la suppuration*. Paris, 1770, p. 178.

(3) *Journ. de Vandermonde*, t. X, p. 337, obs. de Compardon, et t. XVIII, p. 161.

Il est probable également que le prétendu abcès du poumon dont Foubert parla à l'Académie de chirurgie (1), n'était autre chose qu'un épanchement pleurétique ou une caverne qui menaçait de s'ouvrir à l'extérieur. Il existe plusieurs autres faits de cavernes tuberculeuses ouvertes à travers les parois thoraciques, et qu'on cite comme des exemples d'abcès pulmonaires; telle est l'observation qui a été insérée dans le *Journal général* (2) : telle est encore celle que Cayol a publiée (3), etc., etc.

Enfin les faits présentés par M. Monod et par Bonnet (de Lyon), à la Société anatomique, ne sauraient non plus être invoqués comme exemples d'abcès primitifs du poumon ouverts à la surface de la peau. Car dans le cas cité par M. Monod, il s'agissait d'un abcès froid; la lenteur de sa marche explique son mode de terminaison. Dans le fait observé par Bonnet, il y avait eu primitivement épanchement purulent dans la plèvre; mais le poumon ayant participé à la phlegmasie dans un point circonscrit, il y eut production d'un abcès qui s'ouvrit dans l'empyème, et c'est bien réellement l'épanchement pleural qui formait extérieurement une tumeur fluctuante, dans laquelle on entendait du gargouillement pendant les inspirations, et surtout par la toux. Je crois donc que jusqu'à présent il n'y a aucun fait qui prouve qu'une pneumonie à marche aiguë puisse se terminer par un abcès qui s'ouvrirait à travers les parois thoraciques. On conçoit facilement que ce mode de terminaison doive être excessivement rare, à cause de la facilité qu'éprouve le pus à s'échapper par les bronches, à cause aussi du temps très-long qu'exige la perforation des parois thoraciques. Aussi voit-on généralement les malades succomber avant que la nature ait pu terminer le travail d'élimination. On conçoit qu'il n'en serait pas tout à fait de même dans les cas d'abcès chroniques; les exemples assez fréquents d'ouvertures de cavernes à travers les parois thoraciques suffiraient pour justifier cette opinion, si je n'avais pas rapporté précédemment un cas probable d'abcès froid formé dans le poumon, et ouvert sur la partie latérale du cou.

Ce que je viens de dire ne s'applique pas probablement aux abcès qui sont consécutifs à l'introduction d'un corps étranger dans le poumon. En effet, les collections purulentes qui se forment dans ces circonstances sont celles qui paraissent avoir le plus de tendance à s'ouvrir à la surface des téguments. Cela paraît être vrai,

(1) *Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie*, t. I, p. 531, in-8. Paris, 1819.
(2) Tome LXVIII, p. 94.
(3) *Clinique médicale*. Paris, 1833, p. 108.

surtout dans les cas où un épi de blé, d'orge ou d'avoine, s'étant introduit par la partie supérieure des voies aériennes, a provoqué une inflammation des poumons. On voit alors ces corps étrangers cheminer rapidement jusqu'à la périphérie du poumon qu'ils enflamment; ils le perforent, arrivent jusque sous la peau, où ils déterminent un abcès, et finissent par être éliminés avec le pus, dès que le liquide vient à s'échapper à l'aide d'une ouverture spontanée ou faite par l'art. Des exemples de ce genre ne sont pas rares dans la science. Une objection pourtant peut être faite : on dira peut-être que lorsqu'un épi de graminée qu'un malade a avalé plus ou moins longtemps auparavant s'échappe, au moyen d'un abcès, à travers un des points de la paroi thoracique, cela ne prouve pas qu'il y ait eu réellement abcès pulmonaire; il serait possible, en effet, que le corps étranger eût seulement usé, perforé ou tout au plus enflammé l'organe, sans produire pourtant dans son tissu de collection purulente. Il n'y a rien d'impossible que les choses se passent ainsi dans quelques cas; mais il en est d'autres certainement où le corps étranger a fait suppurer le poumon dans un certain rayon, l'abcès a dû se vider alors à l'extérieur en même temps que celui qui s'est développé consécutivement dans les parois de la poitrine. C'est là, d'ailleurs, le mécanisme suivant lequel sont expulsés la plupart des corps étrangers introduits accidentellement dans les viscères.

En général, pendant que les phénomènes que je viens d'énumérer ont lieu, plusieurs des symptômes de la période aiguë de la pneumonie ont cessé. Les crachats ne sont plus rouillés, le point de côté a disparu; mais il y a une oppression et une dyspnée plus ou moins fortes. Quant aux symptômes généraux, ils varient suivant la terminaison que doit avoir la maladie. Si l'issue doit être fatale, la fièvre continue ou redouble; elle présente les caractères de la fièvre hectique; l'amaigrissement est rapide; bientôt un dévoiement colliquatif survient et précipite le moment fatal.

Les abcès pulmonaires ont généralement une marche aiguë; à l'exception d'un malade qui a survécu jusqu'à la treizième semaine, tous les autres ont succombé entre le cinquième et le cinquante-cinquième jour, à dater du début des premiers symptômes de la pneumonie, terme moyen vers le vingt et unième jour. W. Stokes a vu un abcès pulmonaire affecter une marche chronique, bien qu'il n'y eût aucun caractère tuberculeux; l'excavation était considérable; elle occupait la base de l'organe; les parois étaient solides d'un gris d'acier, et la portion voisine du poumon était dans un état d'induration chronique; il n'y avait ni fièvre ni gêne de la respira-

tion, à l'exception de la maigreur et d'une apparence hectique du sujet, rien n'indiquait une maladie constitutionnelle ; à la base de la poitrine, à droite, le son était mat, et l'on trouvait tous les signes d'une cavité communiquant avec les bronches. Je regrette que Stokes, d'ailleurs si exact dans ses descriptions, ait manqué de nous dire si la maladie avait commencé lentement ou avec l'appareil ordinaire des phlegmasies aiguës, quelle en avait été la durée totale, et quels symptômes avaient été notés dans la dernière période.

Les abcès du poumon peuvent-ils se terminer d'une manière favorable ? En ne consultant que les faits que j'ai rassemblés, je devrais répondre par la négative, puisque tous mes malades ont succombé. Cependant je me hâte de dire que, voulant étudier la maladie avec des faits dont le diagnostic fût à peu près incontestable, j'ai dû ne réunir que des observations avec autopsie, et ne pas me servir de celles assez nombreuses publiées comme exemples de guérison d'abcès pulmonaires, attendu que pour beaucoup le diagnostic est ou manifestement erroné ou tout au moins incertain. Dans d'autres, les médecins se sont contentés de simples assertions, il a donc été par conséquent impossible de se servir des faits observés par eux.

Je suis cependant porté à croire que les abcès pulmonaires peuvent guérir. Si les faits observés par Laennec ne peuvent en donner une démonstration rigoureuse, ils rendent du moins cette opinion très-probable. J'ai dit, en effet, précédemment que Laennec avait, en 1823, observé plus de vingt pneumonies partielles, qui se terminèrent par des vomiques, le diagnostic fut vérifié deux fois par l'autopsie ; tous les autres malades guérirent ; mais Laennec *affirme* (1) — et cela vaut presque une démonstration pour moi — que chez les individus qui se rétablirent, la présence d'un abcès pulmonaire était aussi certaine que chez les premiers. Quelques-uns de ces abcès avaient une étendue considérable, et cependant la cicatrisation s'est faite parfaitement et sans aucun orage, dans un espace de temps qui a varié de quinze à quarante jours. Chez un malade qui présentait les signes d'une excavation, dans une étendue de 21 centimètres 98 millimètres carrés, à la partie postérieure inférieure droite de la poitrine, ces phénomènes n'ont disparu complétement qu'après trois mois. Enfin, chez une dame de cinquante ans, dont l'abcès, plus petit, siégeait au sommet du poumon gauche, les symptômes stéthoscopiques n'ont cessé qu'après six

(1) Tome I, p. 507.

mois environ, mais l'embonpoint et les forces étaient revenus depuis longtemps. Ne peut-on pas supposer que plusieurs des malades (et la dernière en particulier) ont eu une phthisie circonscrite qui a guéri après l'évacuation de la masse tuberculeuse? La chose est possible ; mais il n'est pas probable que Laennec ait pu se tromper chez tous les autres malades, et l'on ne saurait se refuser d'admettre qu'il a réellement vu quelquefois de véritables abcès pulmonaires se terminer d'une manière favorable.

W. Stokes a publié également une observation curieuse qu'il donne comme étant un exemple de guérison d'un abcès pulmonaire. En voici la traduction (1) :

« Un jeune homme, de constitution robuste, fut admis à l'hôpital pour une maladie de poitrine qui datait de quelques semaines. La région antérieure et supérieure du côté droit était mate, et dans ce point, ainsi que vers l'épaule, les signes d'une grande caverne étaient évidents. Dans le reste de la poitrine on entendait les râles de la bronchite. En peu de temps le malade reprit ses forces, recouvra l'appétit et la santé, le pouls revint au type normal, et il quitta l'hôpital, se disant parfaitement bien, quoique les signes d'un abcès persistassent. Au bout de quelques semaines une exploration nouvelle démontra qu'il n'existait encore aucun changement. Quelques jours après, nouvelle amélioration, le malade put reprendre son métier de forgeron. Je le perdis alors de vue pendant un an, puis il revint de nouveau avec une pleuro-pneumonie intense, qui durait depuis cinq jours, et qu'il avait complétement négligée. Depuis sa dernière sortie de l'hôpital, il avait joui d'une santé parfaite, livré à ses rudes travaux, qu'il ne cessa que lorsqu'il lui survint un point de côté avec fièvre et oppression.

Lorsque je le vis, il présentait tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie droite avec hépatisation. Tout le côté droit, en avant et en arrière, était tout à fait mat, excepté dans la région sous-claviculaire qui paraissait sonore comparativement. On se rappelle que cette région avait été autrefois le siége de l'abcès. Dans le point mat on entendait de la respiration bronchique avec beaucoup de râle muqueux crépitant ; mais l'examen de la région sous-claviculaire nous montra, à notre grande surprise, que tous les signes d'une caverne avaient disparu, et étaient remplacés par une respiration puérile. Le diagnostic était rempli de difficultés ; il était évident que la plus grande partie du poumon était plus dense et hépatisée ; mais pourquoi une petite portion était-elle intacte

(1) *Diseases of the chest*, p. 314.

lorsque dans le reste, la maladie était si avancée ? Il n'était pas aisé surtout d'expliquer comment cette portion était justement celle où l'on avait reconnu jadis un abcès. Tout traitement fut inutile, le malade mourut le troisième jour, sans qu'il fût survenu de changement dans les phénomènes stéthoscopiques.

Autopsie. — Le poumon droit était solidifié dans toute l'étendue indiquée par le stéthoscope. Depuis la quatrième côte jusqu'en bas, la plèvre était recouverte de lymphe coagulable, qui, lorsqu'on l'eut enlevée, laissa voir à travers la membrane séreuse le poumon d'une couleur jaunâtre. A la partie supérieure, les adhérences étaient manifestement anciennes, et l'on ne put les détacher du thorax qu'avec beaucoup de peine. Au sommet et à la face supérieure et antérieure, on remarquait une dépression profonde avec froncement. On coupa alors le poumon dans une ligne correspondante à l'angle des côtes, de manière à le séparer en deux portions, réunies seulement à la racine du poumon : on eut alors l'explication des signes physiques. La portion supérieure et antérieure, dans une étendue de 21 centimètres carrés, était parfaitement crépitante et nullement engorgée : elle était séparée du reste de l'organe par la cicatrice de l'abcès. La cavité avait été oblitérée par adhésion de ses parois, de sorte qu'elle formait un septum cartilagineux de 14 millimètres d'épaisseur en haut, et graduellement moins épais en bas, de manière à n'en avoir plus dans ce point que 5. La longueur totale de ce septum était d'environ 9 centimètres ; il commençait au sommet du poumon, se dirigeant d'arrière en avant et en bas, et se terminait au point où la grosse bronche donne un rameau au lobe supérieur. Il consistait partout en deux couches, unies seulement par une membrane celluleuse fine, et facilement séparable ; c'était manifestement la cicatrice de l'abcès. Par sa situation, il avait isolé la portion sous-claviculaire du poumon, c'est-à-dire celle où l'on entendait la respiration puérile. Un tuyau bronchique passait des gros troncs immédiatement au-dessous de la cicatrice, de manière à conduire de l'air dans cette portion du poumon, qui ne différait en aucune façon d'un tissu sain, si ce n'est par une hypertrophie notable des cloisons interlobulaires. Le reste du sommet, ainsi que les lobes moyen et inférieur, étaient denses, d'une couleur gris-jaunâtre, et infiltrés de pus. L'examen le plus attentif ne put faire découvrir un seul tubercule dans aucun organe. »

Il est extrêmement probable, dit Stokes, que cet abcès était réellement le produit d'une inflammation phlegmoneuse. L'absence des symptômes de phthisie, lors de la première attaque, la forma-

tion de la caverne après une maladie de peu de semaines, le rétablissement complet du malade, tout se réunit pour établir la nature vraie de l'affection, et si l'on voulait encore d'autres preuves, nous dirions que l'absence de toute trace de tubercules suffirait presque à elle seule pour démontrer que la caverne n'était pas d'origine tuberculeuse.

Je ne suis pas aussi convaincu que l'est peut-être Stokes, que la caverne dépendît, dans ce cas, d'un abcès pulmonaire. L'auteur n'a malheureusement donné aucuns détails sur la nature de la première maladie éprouvée par le jeune homme. Il est possible qu'il ait eu une pneumonie, mais nous n'en sommes pas certain. L'auteur lui-même doit partager nos doutes. De ce qu'on n'a pas trouvé de tubercules à l'autopsie, il ne s'ensuit pas nécessairement que l'individu n'ait pas été phthisique un an auparavant ; car bien que les observations de caverne unique soient infiniment rares, celles d'abcès pulmonaires ne le sont pas moins. De sorte que le fait cité par Stokes doit être considéré comme très-douteux par lui-même, ne pouvant résoudre le problème de la curabilité des abcès pulmonaires.

ARTICLE IV.

TERMINAISON PAR GANGRÈNE.

Les anciens auteurs regardaient la pneumonie comme une des phlegmasies viscérales qui se terminait le plus souvent par gangrène. Peu versés dans les recherches d'anatomie pathologique, ils croyaient trop souvent à une mortification véritable, lorsque les tissus étaient seulement ramollis et plus ou moins colorés en noir ou en brun ; plus souvent encore, ils admettaient l'existence de la gangrène d'après un état symptomatique insuffisant pour la caractériser. Ainsi l'expectoration noire, que nous avons comparée à du jus de réglisse ou de pruneaux, ou bien encore la cessation de la douleur, la décomposition des traits de la face, l'accélération du pouls, tous les symptômes enfin faisant soupçonner le passage de la pneumonie au troisième degré, ou qui étaient les avant-coureurs de la mort, étaient encore regardés par eux comme annonçant la terminaison par gangrène. Mais aujourd'hui, depuis J. Frank (1) et Laennec (2) surtout, on s'accorde à regarder la gangrène comme succédant très-rarement à l'inflammation des poumons. Laennec

(1) *Praxeos medicæ*, part. II, vol. II, p. 374.
(2) Tome I, p. 548.

disait même que la gangrène pouvait à peine être rangée au nombre des terminaisons de la pneumonie, et qu'on devait moins encore la regarder comme un effet de son intensité, attendu que le caractère inflammatoire était très-peu marqué dans cette affection.

Je partage tout à fait l'opinion de Laennec. J'évalue bien à 50 le nombre de gangrènes que j'ai observées depuis vingt-cinq ans; or, dans aucun cas la maladie n'a été consécutive à une pneumonie légitime. Ajoutons, en outre, qu'aucune des 305 pneumonies que j'analyse dans cet ouvrage, qu'aucune de celles que j'ai vues depuis en nombre plus que quadruple, n'ont été suivies de gangrène; enfin, ayant parcouru l'histoire de 70 cas de gangrène pulmonaire consignés dans divers ouvrages et dans les recueils périodiques, j'en ai à peine trouvé 5 qu'on pourrait regarder comme étant, à la rigueur, des exemples de pneumonies terminées par sphacèle. Chez presque tous, la gangrène survient après quelques jours de malaise, dans le cours d'une bronchite très-bénigne, souvent même tout à fait apyrétique. Mais si la gangrène est rarement la suite de la pneumonie, celle-ci, par contre, est fréquemment la conséquence de la première. On voit, en effet, dans le poumon, comme à l'extérieur, les tissus sains se phlogoser autour des parties sphacélées, et cette phlegmasie consécutive est presque toujours la cause principale de la mort, du moins celle qui la précipite.

Nous ne savons encore quelles sont les conditions qui peuvent favoriser la production de la gangrène dans le cours des pneumonies primitives. Les malades chez lesquels on l'a observée jusqu'à présent étaient jeunes, et d'une constitution qui ne devait pas faire craindre ce mode de terminaison. La nature des causes ne pouvait non plus expliquer l'accident grave qui est survenu; quatre fois la pneumonie avait été spontanée, ou s'était déclarée à l'occasion de l'impression du froid; dans un cas seulement, elle avait succédé à une contusion; et il est impossible d'affirmer que celle-ci ait eu une part réelle dans le mode de terminaison de la pneumonie.

Laennec a dit avec raison que la gangrène qui succédait à la pneumonie, ne pouvait pas être regardée comme ayant été produite par la violence de la maladie elle-même. Si l'on recherche, en effet, quelle est la marche de la pneumonie dans les cas où elle s'est terminée par gangrène, on voit que la phlegmasie pulmonaire n'a pas eu une acuité exceptionnelle, puisque sa durée moyenne a été alors de dix-huit jours. On a encore tâché d'expliquer le développement des gangrènes pulmonaires consécutives à une pneumonie par quelque condition physique. On a supposé qu'un épanchement

pleurétique, survenant dans le cours d'une pneumonie déjà passée à l'état d'hépatisation, pouvait déterminer le sphacèle de l'organe par une sorte d'étranglement; d'autres se sont demandé si la compression du poumon, subitement accru de volume, par son tissu propre ou par la cage thoracique, ne pourrait pas expliquer le même accident. Ce sont là tout autant de suppositions dont nous ne devons pas nous occuper ici, attendu que les faits qui les ont inspirées ne sont pas suffisants pour les justifier. Nous croyons que, lorsqu'une gangrène des poumons se déclare dans le cours d'une pneumonie, cela tient à quelque condition accidentelle, le plus souvent locale, qu'il est impossible de prévoir et de déterminer; de même que nous voyons très-fréquemment dans des érysipèles de la face se produire des plaques gangréneuses sur les téguments, sans qu'il soit possible d'expliquer cet accident ni par l'intensité de la maladie, ni par la nature des causes qui ont présidé à son développement, ni par aucune autre circonstance individuelle ou extérieure.

La gangrène qui est si rarement observée dans la pneumonie qui règne dans nos contrées, serait-elle plus commune dans d'autres pays? On dit que dans l'Inde, sur la côte de Malabar (docteur Morehead), comme sur celle de Coromandel (docteur Godineau), la pneumonie qui atteint les naturels se terminerait souvent par des excavations gangréneuses (1). Il serait nécessaire de posséder des renseignements plus précis pour déterminer exactement si, dans ces cas, la gangrène n'est pas plutôt une affection primitive survenant, comme nous le voyons si souvent ici, chez des individus qui présentent depuis quelque temps des symptômes plutôt d'une bronchite que d'une pneumonie vraie.

Le développement de la gangrène pulmonaire est caractérisé surtout par l'odeur infecte de l'air expiré; très-rarement c'est l'odeur *sui generis* qu'exhalent la gangrène des parties molles extérieures; c'est plutôt une odeur de pourriture comparable à celle qui s'échappe des baquets où macèrent des pièces anatomiques, ou bien à l'odeur des matières fécales, ou à la puanteur de la carie dentaire, etc. Les crachats que les malades rejettent sont muqueux, parfois brunâtres; ailleurs ils sont d'un gris verdâtre, sales ou bien noirs, mêlés ou non aux crachats jaunes pneumoniques. Parfois formés par du sang presque pur, tantôt rutilant, le plus souvent noir, ils exhalent fréquemment aussi une fétidité repoussante.

(1) Morehead, *Clinical Recherches on diseases in India*. London, 1856.— Godineau, *Notes manuscrites* communiquées au docteur Jules Rochard.

Les malades rejettent en outre en plus ou moins grande quantité des matières purulentes, grisâtres, noirâtres et infectes, toutes les fois que la gangrène a frappé les parois d'un abcès.

Si l'on ausculte la poitrine dans les cas dont nous parlons, le plus souvent on n'observe que les signes physiques propres à l'hépatisation. Mais, lorsque la gangrène a promptement détruit une portion plus ou moins considérable du poumon, il se forme alors, au fur et à mesure que les parties mortifiées s'éliminent, une caverne plus ou moins profonde, au niveau de laquelle on constatera les signes physiques propres aux excavations pulmonaires. Si les abcès gangréneux ne sont point une altération très-rare dans les cas de gangrène primitive, ils me semblent devoir être beaucoup moins fréquents lorsque la mortification est consécutive à une pneumonie. Celle-ci ayant déjà beaucoup altéré les forces, les malades succombent, en général, avant que la destruction ait eu le temps de devenir aussi complète.

La gangrène pulmonaire, pour peu qu'elle soit étendue, s'accompagne de symptômes généraux graves; la face est altérée, livide, les forces sont prostrées; le pouls, très-fréquent, est petit, dépressible, souvent irrégulier; les dents, la langue, les lèvres sont encroûtées de fuliginosités, et une diarrhée fétide, colliquative, vient encore ajouter à la résolution des forces.

C'est presque exclusivement d'après ces symptômes généraux que les anciens auteurs et que plusieurs auteurs modernes, comme J. Frank (1), diagnostiquaient la gangrène consécutive à la pneumonie. On comprend pourtant que ces symptômes sont insuffisants pour caractériser la complication dont je parle, attendu qu'on les observe dans plusieurs autres états graves de l'économie, et même dans certaines pneumonies simples arrivées au troisième degré, et qui sont sur le point de se terminer d'une manière funeste. Enfin, la gangrène peut exister sans qu'on observe, du moins à son début, les phénomènes que l'on regarde communément comme en formant le cortége ordinaire; les symptômes généraux ne sont tels que je viens de les décrire, que lorsque l'altération occupe tout d'abord une assez grande étendue, et lorsqu'elle survient chez un sujet déjà très-affaibli par la maladie première.

(1) *Loc. cit.*, p. 375.

ARTICLE V.

PASSAGE DE LA PNEUMONIE A L'ÉTAT CHRONIQUE.

Le passage de la pneumonie à l'état chronique est le mode de terminaison le plus rare de la forme aiguë. Jusqu'à présent je n'en ai guère observé que quatre exemples, et il est beaucoup de médecins qui, dans le cours d'une longue carrière, n'en ont point rencontré. Cependant quelques personnes, par l'interprétation fausse qu'elles donnent à certains phénomènes consécutifs, regardent la pneumonie chronique comme étant une suite beaucoup plus commune de la période aiguë qu'elle ne l'est réellement. Il importe de rappeler ici un fait peu connu avant mes recherches : c'est la lenteur avec laquelle un poumon hépatisé revient à son état normal. J'ai dit déjà que, pendant une ou plusieurs semaines, et parfois pendant un, deux ou trois mois après la guérison apparente d'une pneumonie, et nonobstant les apparences de la santé la plus parfaite, l'auscultation et la percussion pouvaient démontrer que le poumon n'avait pas encore repris toute sa perméabilité. On ne saurait invoquer de pareils faits comme des exemples de pneumonie chronique, pas plus qu'on ne serait autorisé à regarder comme caractérisant une inflammation chronique la couleur violacée, l'épaississement, l'infiltration séreuse des téguments qui ont été affectés d'érysipèle, à une époque déjà plus ou moins éloignée. Ce sont là des suites, des *reliquats* de la maladie, ayant en général peu d'importance, et qui, en effet, disparaissent peu à peu, et spontanément; ils ne sauraient donc être assimilés à cette lésion de nutrition, caractérisant la phlegmasie chronique, et qui entretient fatalement, pour peu que l'organe affecté soit important, un trouble fonctionnel, un état morbide plus ou moins sérieux. Comment peut-on songer à rattacher à la pneumonie chronique une faiblesse persistante du bruit respiratoire, une respiration rude, une expiration prolongée, un retentissement exagéré de la voix, quelques râles sous-crépitants persistant parfois dans toute l'étendue d'un lobe, lorsqu'on voit d'ailleurs ces individus recouvrer tout à fait leur appétit, leur embonpoint et leurs forces? Souvent même ils ne toussent plus, et l'on croirait que l'organe est revenu à l'état le plus physiologique, si l'exploration par les moyens physiques ne révélait pas qu'il existe encore une modification dans la perméabilité du tissu. Une inflammation chronique du parenchyme pulmonaire, quelque circonscrite qu'elle soit, est incompatible avec l'intégrité des principales fonctions, c'est-à-dire avec une santé parfaite.

Lorsque la pneumonie passe de l'état aigu à la chronicité, on voit les symptômes de la maladie s'amender et décroître, comme si la résolution allait s'opérer; la fièvre, en effet, diminue, elle peut même cesser tout à fait lorsque depuis plus ou moins longtemps déjà la douleur de côté a disparu, lorsque les crachats ont perdu leur viscosité, leur coloration jaune ou rouge, et que souvent aussi l'appétit a semblé renaître. Mais, malgré cette amélioration, les forces et l'embonpoint, loin de reprendre, continuent plutôt à diminuer, et si l'on explore alors la poitrine, on trouve que la résolution ne fait aucun progrès, et que le poumon reste induré, imperméable à l'air; le son, en effet, continue à rester mat, et à l'auscultation on entend la même respiration bronchique, la même bronchophonie, avec ou sans mélange d'une crépitation humide et grosse, c'est-à-dire les symptômes qu'on observe à l'état aigu lorsque la maladie, après être parvenue au deuxième degré, commence à rétrograder et présente un commencement de résolution.

Ces symptômes persistent les mêmes pendant quelques jours; puis ils décroissent sensiblement pour reprendre souvent avec une sorte d'acuité. Si la fièvre, à peu près éteinte, se rallume alors, si les crachats acquièrent plus de viscosité et une coloration rougeâtre ou rouillée, on croit assister à une sorte de rechute. C'est après des alternatives plus ou moins nombreuses en bien et en mal, qui durent quelques jours, une semaine parfois, c'est après des exacerbations plus ou moins fréquentes, et que rien n'explique le plus souvent, qu'on voit tantôt la résolution se faire très-lentement, ailleurs l'état chronique se constituer en quelque sorte définitivement. Ce qui frappe alors, ou plutôt ce qui préoccupe le plus, c'est moins l'état local que les symptômes généraux, que l'état fébrile, qui devient continu chez les uns, offrant seulement des exacerbations nocturnes, parfois irrégulières et présentant une acuité très-grande, telle qu'on la voit dans certaines formes de phthisie aiguë. La dyspnée est alors toujours assez considérable, l'émaciation est rapide, et en quelques mois la maladie se termine fatalement. On le voit ici, la pneumonie, quoique chronique, a véritablement les allures d'une affection assez aiguë.

Le plus souvent, surtout lorsque la pneumonie est chronique d'emblée, ou bien lorsqu'elle est consécutive à un état aigu, qui n'a eu qu'une faible intensité, l'état fébrile ressemble assez à celui qui accompagne la période de ramollissement des tubercules. Il est presque toujours continu, pouvant manquer dans la première moitié de la journée, mais apparaissant le soir par un redoublement qui se juge par des sueurs nocturnes. Celles-ci toutefois peu-

vent manquer tout à fait ; c'est ce j'ai noté sur le premier malade atteint de pneumonie, dont je recueillis l'histoire il y a vingt-cinq ans. Lorsque les sueurs existent, elles peuvent, exceptionnellement, être abondantes, profuses même ; le plus souvent elles sont partielles et moins abondantes qu'elles ne sont dans la tuberculisation. Si je me fiais seulement à ce que j'ai vu moi-même, je dirais que les sueurs font défaut ou qu'elles sont peu marquées lorsque le tissu pulmonaire est seulement induré, tandis qu'elles se montrent plus communément lorsque le poumon est érodé, et qu'il existe une suppuration plus ou moins abondante. La sueur serait donc un signe de fonte purulente, analogue par conséquent à celle qu'on rencontre si habituellement dans les deux dernières périodes de la phthisie.

De quelque manière que la pneumonie chronique ait débuté, il est rare qu'elle s'accompagne de douleur thoracique. Quelques malades ont une dyspnée notable, ce symptôme peut même être porté à un haut degré, dans les cas où la lésion est très-étendue ou bien lorsque la maladie a dans sa marche quelque chose qui rappelle l'état aigu.

Bien différente de ce qu'elle est dans cette dernière forme, l'expectoration qu'on observe dans la pneumonie chronique n'est jamais caractéristique, elle est ordinairement catarrhale et peu abondante. Elle peut devenir purulente si un abcès se forme, et être aussi infecte que l'haleine si quelques points se sphacèlent. Mais, je le répète, les crachats n'offrent communément rien de remarquable, et dans les cas rares où ils deviennent visqueux et colorés en rouge ou en jaune, il faut supposer bien moins un retour vers l'acuité qu'une extension de la maladie à des surfaces nouvelles et s'y révélant sous une forme plus ou moins aiguë. M. Charcot dit que des hémoptysies répétées se sont montrées dans plusieurs cas. Cet accident toutefois doit être rare ; il ne se lie guère qu'à la forme ulcéreuse, d'ailleurs lorsqu'on le constate, il doit toujours être tenu pour suspect, car l'hémorrhagie est rarement symptomatique d'une phlegmasie, tandis qu'elle l'est habituellement de la présence de produits hétéromorphes.

Je ne parle ici que de la pneumonie chronique simple ; il n'en est peut-être pas de même de celle qui, quoique succédant à des congestions répétées, reconnaît surtout pour cause première la présence dans les poumons de corps étrangers venus du dehors. C'est ainsi que dans la pneumonie chronique observée à la manufacture de Châtellerault, le docteur Desayvres signale la fréquence d'hémoptysies souvent effroyables par la quantité de sang expulsé, ce qui s'explique aisément lorsque les tubercules manquent, par l'ulcé-

ration de tissu et par les cavernes qu'il n'est pas rare de trouver dans cette forme de pneumonie chronique.

L'exploration du thorax démontre que dans la pneumonie chronique il existe une imperméabilité plus ou moins complète d'une partie du poumon. La matité, en effet, est comparable à celle qu'on constate dans les hépatisations rouge et grise. La main appliquée au niveau de l'altération perçoit en outre un frémissement considérable et très-exagéré. On comprend aisément pourquoi le frémissement thoracique est presque toujours augmenté dans l'état chronique, contrairement à ce que nous avons vu dans la forme aiguë de la maladie où tantôt il est augmenté, tantôt diminué, parfois tout à fait normal. C'est que dans la pneumonie aiguë le poumon, quoique induré, est néanmoins loin d'être homogène, tandis que dans la forme chronique il existe non-seulement une compacité plus grande, mais le tissu offre généralement une homogénéité qu'il ne présente que très-rarement dans la forme aiguë, à quelque degré d'ailleurs que l'affection soit parvenue.

En appliquant l'oreille au niveau de la partie malade, on constate presque toujours un souffle rude, très-bruyant, ayant parfois le timbre caverneux et même amphorique, c'est là un fait que MM. Hardy et Behier ont plus particulièrement noté; cependant il n'existe dans ces cas ni cavernes, ni perforation pleurale. Il est probable que cette exagération du retentissement du bruit respiratoire dépend d'un renforcement qu'imprime aux vibrations sonores la texture nouvelle du poumon. Le souffle peut être pur, c'est-à-dire sans mélange de râle, mais soit d'une manière continue, soit par intervalles, il existe des râles sous-crépitants ou muqueux plus ou moins nombreux : les premiers indiquent encore la perméabilité de quelques vésicules, les seconds se passent dans les bronches. Ces derniers peuvent devenir très-abondants, si abondants qu'ils simulent parfois un gargouillement véritable, sans qu'il existe cependant dans le parenchyme aucune cavité.

Il peut arriver exceptionnellement, sans doute, qu'au niveau de la portion du poumon chroniquement indurée, et sans qu'il y ait aucun épanchement pleural concomitant, l'auscultation ne fournisse que des résultats purement négatifs. Là, en effet, où la percussion donne une matité complète, absolue, là où le doigt qui percute n'a plus aucune sensation d'élasticité, là où l'oreille appliquée ne distingue plus rien, ni murmure vésiculaire, ni bruits morbides, la voix elle-même peut ne plus retentir dans ce point; c'est ce qui fut constaté sur un malade dont Requin a recueilli l'histoire qu'il m'a communiquée. Cet individu, âgé d'une quarantaine d'an-

nées, de constitution chétive, entra dans le service de Requin, après avoir éprouvé quelques accidents aigus vers la poitrine ; il avait encore de la toux et de l'oppression. L'examen du thorax fit découvrir dans le quart ou dans le tiers inférieur du côté droit, une matité complète, avec absence de toute espèce de bruit normal ou morbide. Il n'y avait pas ou à peine de fièvre. On crut à l'existence d'un épanchement pleurétique simple ; mais plus tard des accidents fébriles irréguliers et un amaigrissement progressif firent soupçonner une complication tuberculeuse. Le malade succomba dans le marasme deux ou trois mois environ après le début de l'affection. A l'autopsie, on ne trouva d'autre altération pour expliquer les symptômes observés pendant la vie, qu'une induration très-ferme, non granulée du lobe inférieur du poumon droit, sans épanchement dans la plèvre, sans tubercules; il n'y avait pas même de granulations miliaires.

Il est difficile d'expliquer l'absence de toute espèce de bruit dans les cas dont je parle. Peut-être alors doit-on supposer que si les bronches de la partie malade ne sont pas précisément oblitérées, elles sont au moins assez aplaties pour ne permettre l'entrée que d'une très-petite quantité d'air. Peut-être enfin un poumon chroniquement induré peut avoir subi une modification telle dans son tissu, qu'il ait perdu la propriété de vibrer, bien que l'air arrive encore dans les principales ramifications bronchiques. Ce sont là d'ailleurs des phénomènes dont on ne saurait encore donner aucune explication satisfaisante.

On conçoit que les phénomènes d'auscultation pourront offrir quelques modifications suivant certaines conditions anatomiques. Ainsi, dans cette forme de pneumonie chronique dans laquelle le parenchyme s'abcédant ou se ramollissant, se creuse de cavités plus ou moins vastes, on entendra le gargouillement, le souffle et une pectoriloquie plus ou moins parfaite, c'est-à-dire les signes qui caractérisent une excavation pulmonaire, quelle que soit la lésion à laquelle elle succède. Si, comme on le voit quelquefois, les parois sont partiellement mortifiées, les crachats et surtout l'haleine des malades exhaleront cette odeur infecte, putride, pénétrante, qui caractérise la gangrène pulmonaire ; on pourra observer alors des signes d'infection septique, probablement consécutifs à la résorption des matières putrides fournies par le foyer, ainsi que cela résulte d'une ou de deux observations recueillies dans ces derniers temps par M. Lancereaux (1).

Dans la majorité des cas, la pneumonie chronique n'imprime

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1863.

aucune modification à la cage thoracique. Mais si la maladie a une durée longue, le tissu pulmonaire subissant une sorte de retrait ou de ratatinement, on comprend que le thorax se déprime à ce niveau, comme cela arrive à la suite des épanchements pleuraux. Cependant ce n'est là qu'une idée à priori que l'analogie justifie parfaitement ; mais je ne connais encore aucun exemple authentique qui le démontre. Cet aplatissement du thorax au niveau de l'induration a été également signalé par les docteurs Cotton (1) et Raimbert (2).

La pneumonie chronique trouble plus ou moins gravement les fonctions des organes digestifs. Si beaucoup de malades ont au début un peu d'appétit, ils ne tardent pas à le perdre au fur et à mesure que la maladie s'aggrave ; beaucoup finissent par avoir de la diarrhée, leurs forces déclinent, l'amaigrissement fait de continuels progrès et peut arriver au degré où nous le trouvons chez ceux qui succombent à la tuberculisation pulmonaire.

La pneumonie chronique, qu'elle soit primitive ou qu'elle succède à l'état aigu, n'offre rien de régulier dans sa marche : celle-ci n'est presque jamais progressivement ascendante, mais elle offre au début des alternatives plus ou moins fréquentes en bien ou en mal, puis les accidents s'aggravent d'une manière continue, et la mort arrive dans un état complet d'étisie. Dans quelques cas très-exceptionnels, la résolution se fait, mais celle-ci s'opère d'ordinaire lentement, en plusieurs mois. La résolution n'est possible alors que si l'altération n'est pas très-profonde. Je crois la maladie à peu près incurable, lorsque le poumon a subi cette espèce de dégénérescence fibro-celluleuse sur laquelle j'ai insisté en traitant de l'anatomie pathologique.

La terminaison peut donc être heureuse, mais le plus souvent elle est fatale, après que les malades ont lutté un temps plus ou moins long. On parle de pneumonies chroniques qui auraient subi toutes les phases de leur évolution en trois ou quatre mois. Cela n'a guère lieu que lorsque l'affection conserve encore une certaine acuité, et lorsque le tissu pulmonaire surtout devient partiellement le siége de lésions graves, lorsqu'il s'y forme des excavations par suite de la fonte putrilagineuse du tissu ou par la production d'un ou de plusieurs abcès. Mais, dans le cas d'induration simple, l'affection est plus lente dans sa marche, elle peut se prolonger six mois, un an même ; quoi qu'il en soit, sa durée, quelque longue qu'elle puisse être, ne saurait être comparée à celle que la phthisie pulmonaire présente dans la grande généralité des cas.

(1) *Medical Times and Gazette*, année 1855.

(2) *Journal de médecine, chimie et pharmacie de Bruxelles*, année 1856.

ARTICLE VI.

TERMINAISON DES PNEUMONIES CONSÉCUTIVES.

Les pneumonies consécutives ont les mêmes modes de terminaison que les pneumonies primitives. D'après les résultats que j'ai donnés en traitant de l'anatomie pathologique, on pourrait peut-être supposer que la pneumonie qui survient dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique, doit avoir moins de tendance à se terminer par suppuration que celle qui affecte un sujet antérieurement bien portant. Nous avons vu, en effet, que, dans soixante-quinze cas de pneumonies consécutives, l'hépatisation grise n'avait guère été constatée que sur un douzième des sujets. Si la suppuration des poumons semble plus rare dans les pneumonies secondaires qu'elle l'est dans les pneumonies primitives, ce n'est point là pourtant une raison pour supposer que la marche des premières est moins rapide, cela dépend uniquement de ce que la phlegmasie pulmonaire est souvent un accident en quelque sorte ultime, ou bien, venant compliquer un état déjà fâcheux, elle trouve un organisme incapable de résister autant qu'il le ferait dans les conditions normales. On voit pourtant certaines pneumonies secondaires se terminer plus sûrement, plus rapidement par une infiltration purulente des poumons, ou même par des abcès qu'une pneumonie primitive. C'est ainsi que toutes les pneumonies que j'ai vues survenir dans le cours des infections purulentes sont arrivées très-rapidement à l'état d'hépatisation grise, puisque cette altération a existé indistinctement chez tous ceux qui ont succombé du deuxième au sixième jour. Cette rapide terminaison par suppuration peut se remarquer, quel que soit l'état morbide que la pneumonie vient compliquer, le pus se réunit même parfois en foyers plus ou moins vastes, mais cela n'arrive guère que dans les pneumonies circonscrites. Enfin, les pneumonies produites par le voisinage ou par la rupture d'une collection purulente dans le tissu pulmonaire, se terminent toujours par la formation d'un abcès ou par une infiltration grise plus ou moins étendue du tissu pulmonaire.

Lorsqu'un abcès développé en dehors du poumon, dans un des viscères du ventre, par exemple, tels que le foie, la rate ou le rein gauche, vient à faire saillie dans la poitrine en refoulant le diaphragme, le poumon se trouve comprimé, et, par suite de la gêne qu'il éprouve à agir, la respiration s'accélère. La tumeur purulente s'étant logée en quelque sorte dans la poitrine, la percussion

donnera un son obscur ou mat à la partie la plus inférieure de cette cavité, et le bruit respiratoire y sera aussi plus ou moins affaibli par suite de la compression que le tissu pulmonaire a subie. Lorsque le travail phlegmasique s'est propagé au poumon lui-même, l'auscultation fait alors entendre un râle crépitant plus ou moins abondant qui, d'ailleurs, peut faire défaut facilement, car la lésion siégeant ordinairement au centre du lobe inférieur, et étant d'abord assez circonscrite, les phénomènes stéthoscopiques sont aussi peu étendus, et sont masqués par l'expansion vésiculaire qui se fait dans les parties plus superficielles. Bientôt la matité devient plus complète, le râle crépitant est plus nombreux, ses bulles sont de plus en plus grosses et humides, puis c'est un gargouillement véritable qui est perçu. Dans ce cas, il est évident qu'une excavation communique largement avec les bronches.

Les phénomènes stéthoscopiques dont je viens de parler en dernier lieu, précèdent de peu de temps, ou suivent immédiatement une expectoration purulente dont l'abondance et la nature varient. Dans le fait rapporté par le docteur Kunde (de Berlin), où un abcès hydatique du foie communiquait avec une vaste collection purulente, qui occupait presque tout le lobe inférieur du poumon droit, on vit le malade être pris un jour de hoquets, de lipothymie, d'accès de toux, d'efforts de vomissements à la suite desquels il rendit par la bouche un flot d'un liquide verdâtre, très-fétide, ressemblant en partie à de la levûre de bière. D'autres fois les malades rendent un pus phlegmoneux, bien lié, comme dans un fait rapporté par Stokes. Si l'abcès pulmonaire est consécutif à un abcès rénal, le liquide rendu par la bouche est séreux, grisâtre, fétide; il peut avoir l'odeur de l'urine; le pus peut contenir les éléments de ce produit de sécrétion, lorsque le rein n'est pas complétement détruit et que la fistule communique avec le bassinet. Dans le cas contraire, surtout si l'abcès des reins est enkysté, les éléments de l'urine et l'odeur caractéristique manqueront probablement tout à fait. Dans les jours qui suivent la première évacuation, la matière expectorée change probablement de nature; d'après M. Lenepveu, elle deviendrait alors jaune, opaque, plus dense, et adhérerait aux parois du vase (1).

Quel que soit le siége primitif de l'abcès qui est venu se vider dans le poumon, presque toujours le pus s'échappe brusquement au dehors en quantité considérable. Cette évacuation s'accompagne en général d'une gêne extrême de la respiration; le malade suf-

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1840, p. 41.

foque, parce qu'un grand nombre de ramifications bronchiques sont obstruées par la matière purulente qui est expulsée à flot, et souvent par une sorte de vomissement, ce qui pourrait induire en erreur et faire croire que les matières évacuées viennent de l'estomac. Ces crises reviennent plus ou moins fréquemment, suivant l'étendue du foyer et la rapidité avec laquelle la matière purulente est sécrétée de nouveau.

Cette évacuation s'accompagne de divers autres phénomènes, ils varient surtout, d'après l'organe qui a été le siége primitif de l'abcès. Dans les cas où c'est une collection purulente du foie qui a produit un abcès consécutif du poumon, on voit l'hypochondre droit être moins tendu ; si une tumeur s'y dessinait auparavant, elle s'est affaissée ou même elle a disparu. S'il y a, au contraire, une fistule réno-pulmonaire, et si l'abcès communique avec l'intérieur du bassinet, le pus s'étant frayé une voie nouvelle d'élimination, cesse de couler par les urines aussi abondamment que précédemment, cette circonstance peut aider souvent à éclairer le diagnostic de la maladie.

Lorsqu'il existe ainsi une large communication entre l'abcès primitif et l'abcès du poumon, et lorsque ce dernier s'ouvre dans des bronches volumineuses, la percussion et l'auscultation fourniront quelques autres résultats intéressants. Au niveau des excavations, on entendra un gargouillement et un bruit caverneux plus ou moins âpre, parfois même une respiration amphorique, tandis que dans les parties voisines, existera souvent un râle muqueux à grosses bulles, ou du râle sous-crépitant ; la percussion donnera en outre un son plus ou moins complétement mat.

On conçoit qu'avec les graves désordres qui existent à la fois dans deux organes importants, et surtout dans le poumon, la mort doive être presque inévitable : elle arrive, en effet, très-rapidement par épuisement. Après avoir éprouvé souvent un soulagement momentané, aussitôt que la collection purulente s'est évacuée, les malades s'affaiblissent d'autant plus rapidement qu'une diarrhée colliquative vient souvent se joindre aux autres symptômes.

En résumé, dans les abcès perforants du poumon, qui sont consécutifs à des collections purulentes développées dans le voisinage de la poitrine, il faut distinguer plusieurs périodes. Dans la première, on n'observe que les symptômes propres à la maladie primitive. Dans la deuxième, l'abcès une fois formé et ayant fusé vers la poitrine, exerce une compression sur le poumon, et il en résulte déjà une gêne notable dans les fonctions de l'organe ; puis le travail ulcératif se propage des parois de l'abcès au tissu pulmonaire,

c'est ce que l'auscultation permet, sinon de diagnostiquer, du moins de soupçonner. Enfin l'abcès s'ouvrant dans les bronches, est évacué rapidement au dehors, et l'on constate aussitôt tous les signes propres aux excavations pulmonaires.

Dans les considérations que je viens de présenter sur les abcès qui, extérieurs aux poumons, s'ouvrent ensuite dans cet organe, j'ai supposé que le pus, ayant été mis en contact avec le tissu pulmonaire, l'avait enflammé, que cette inflammation s'était elle-même très-rapidement terminée par suppuration et par la formation d'un abcès, suite ordinaire des phlegmasies qui sont produites par le contact de la matière purulente.

Lorsqu'un abcès extérieur pénètre un poumon avant de communiquer avec les bronches, il produira dans le viscère des altérations profondes, étendues, souvent plus graves que la maladie première, et qui peuvent devenir la cause principale de la mort des sujets. Cependant les abcès dont je parle peuvent s'ouvrir dans les bronches par un autre mécanisme. L'ulcération des parois du foyer purulent peut s'étendre peu à peu au tissu pulmonaire lui-même; mais, au lieu d'y avoir, comme plus haut, une vaste hépatisation, qui se termine rapidement par un abcès, et donne lieu à des symptômes graves, il n'y a qu'une altération circonscrite, il n'y a qu'un travail d'ulcération, comparable à celui qui use et qui détruit les téguments qui sont en rapport avec une collection purulente faisant effort pour s'échapper au dehors. Dans ces cas, on n'observe pas du côté des poumons les symptômes inflammatoires que nous avons vus précéder, pendant un temps plus ou moins long, l'évacuation de la matière purulente. L'auscultation et la percussion ne fournissent que des résultats négatifs, et c'est lorsque les organes respiratoires semblent être dans un état normal ou du moins peu grave, que les malades rejettent tout à coup une grande quantité de pus. J'ai observé, il y a trente-deux ans, un fait de ce genre.

Dans les fatales journées des 5 et 6 juin 1832, un homme âgé de trente-deux ans, reçut un coup de feu et fut apporté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Breschet, auquel j'étais alors attaché en qualité d'élève interne. Le projectile avait pénétré antérieurement dans l'hypochondre droit au niveau de la dixième côte et était sorti en arrière dans la région lombaire, à 3 centimètres de la colonne vertébrale. D'après la direction oblique de dehors au dedans qu'avait le trajet de la blessure, il était à présumer que le foie avait été traversé ou labouré par la balle. Ces craintes étaient fondées, car les jours suivants, nous observâmes tous les symptômes d'une hépatite qui fut traitée énergiquement et vers le déclin de laquelle

survint un catarrhe pulmonaire assez intense, qui céda au bout de sept à huit jours. Le malade paraissait rétabli, il mangeait la demi-portion, lorsque le 15 juillet, c'est-à-dire quarante jours après sa blessure, il fut pris tout à coup d'une quinte de toux très-violente, à la suite de laquelle il rendit par la bouche un flot de pus phlegmoneux, inodore, dont la quantité fut évaluée à 4 ou 500 grammes. Ces quintes se renouvelèrent encore plusieurs fois dans les nuits suivantes, et à chacune d'elles le malade rejetait du pus, dont la quantité allait toujours en diminuant. Dès le premier jour, la poitrine explorée avec soin, on reconnut une légère obscurité du son dans le quart ou dans le cinquième inférieur et postérieur du côté droit; le bruit respiratoire y était très-affaibli et quelqu'un crut entendre un peu de gargouillement et une pectoriloquie douteuse dans la partie la plus inférieure; cependant ces phénomènes ne parurent pas évidents à tous. Le malade n'éprouva aucune suite fâcheuse et sortit vingt jours après tout à fait bien portant.

Stokes a rapporté un fait qui a beaucoup de rapport avec le précédent. Un homme âgé de vingt-huit ans eut une hépatite très-grave, les symptômes aigus s'étant amendés, le malade resta faible; il était tourmenté par une fièvre hectique, avec un toux sèche et continue lorsqu'il entra à l'hôpital. On le crut phthisique, cependant l'examen du thorax fait avec le plus grand soin, ne permit de rien découvrir qui justifiât ces soupçons. Un jour, après une quinte de toux, ce malade rendit 1 kilogramme de pus phlegmoneux. La veille le côté gauche de la poitrine avait été ausculté et percuté, et l'on n'avait rien constaté de morbide; mais dès que le malade eut rendu la matière purulente, on trouva une matité dans une étendue correspondant au lobe inférieur du poumon, avec absence de bruit respiratoire, sans souffle ni résonnance; le côté n'était pas dilaté, il n'y avait aucun symptôme ni de pneumonie ni de pleurésie. Pendant plusieurs jours le malade continua à expectorer du pus; dès le deuxième jour on entendit un peu de râle muqueux à la racine du poumon, on le perçut bientôt dans toute l'étendue de la matité, et il fut suivi par le retour de la résonnance normale de la voix et du murmure respiratoire.

Cette observation a une grande valeur, à cause du soin avec lequel l'auteur explora la poitrine. La faiblesse ou l'absence du bruit respiratoire, l'obscurité et la matité qui ont été trouvées chez mon malade et chez celui de Stokes immédiatement après l'expulsion du pus, s'expliquent par l'irruption brusque de la matière puru-

(1) *Diseases of the chest*, p. 366.

lente dans les tuyaux bronchiques qui furent obstrués et remplis presque aussitôt. Il n'y a pas d'autre manière pour se rendre compte du développement et de la cessation rapide des phénomènes morbides fournis par la percussion et par l'auscultation. On ne peut supposer non plus que dans ces cas il y ait eu une destruction un peu étendue du tissu pulmonaire. Les phénomènes négatifs fournis par la percussion et par l'auscultation l'ont prouvé ; il n'y avait non plus aucun trouble fonctionnel du côté de la poitrine, à l'exception pourtant d'une toux sèche et d'un peu de dyspnée qui était expliquée par la compression que l'abcès du foie devait exercer sur la base du poumon.

La gangrène est une terminaison aussi rare des pneumonies secondaires qu'elle l'est des pneumonies primitives. Ce résultat doit paraître étrange ; il semblait en effet rationnel de supposer que lorsque l'organisme est affaibli, lorsque les forces sont prostrées, lorsque les liquides sont profondément altérés, une inflammation qui se développe accidentellement dans le poumon dût se terminer rapidement par la mortification des parties. On pouvait d'autant mieux le supposer que lorsque dans les conditions organiques dont je viens de parler, une inflammation simplement érysipélateuse ou pustuleuse de la peau se déclare, elle peut être promptement suivie de la désorganisation de cette membrane. Tout cela n'a pas lieu pour le poumon, qui certainement est un des organes qui résiste le plus à la mortification ; car dans les maladies générales, dans lesquelles des foyers gangréneux se développent à la fois sur plusieurs points de l'économie, si une pneumonie intercurrente survient au milieu de conditions aussi fâcheuses, on ne la voit guère passer à l'état gangréneux. On a dit aussi que dans les cas de pneumonie consécutive avec résorption purulente, la gangrène pulmonaire n'était pas très-rare. Je ne crois pas que cette opinion soit suffisamment justifiée, on n'a cité, en effet, que quelques faits isolés ; d'ailleurs, les observations que j'ai recueillies moi-même jusqu'à présent sont contraires à cette manière de voir.

En résumé, l'histoire des pneumonies primitives, comme celle des pneumonies secondaires, prouve combien Laennec avait raison de considérer la gangrène pulmonaire comme une affection essentiellement distincte de la pneumonie par son mode d'origine.

Les pneumonies secondaires peuvent-elles passer à chronicité ? La chose n'est pas impossible, mais elle est fort rare, je n'en ai encore rencontré aucun exemple ; il paraît d'ailleurs que ce n'est guère que chez les enfants que le fait a été constaté.

CHAPITRE VIII

DURÉE.

La pneumonie n'étant pas une maladie à périodes fixes, doit avoir nécessairement une durée variable. Celle-ci est en outre beaucoup influencée par la forme anatomique ou symptomatique de l'affection, par les conditions au milieu desquelles elle se déclare, par le traitement employé et le plus ou moins de promptitude qu'on a mis à intervenir, etc., etc. Aussi, dans la première édition, j'avais cru convenable de ne parler de la durée de l'affection qu'à l'occasion des méthodes de traitement; c'est ce que je ferai encore; mais cependant nous pouvons dès à présent indiquer d'une manière générale quelle est la durée de la maladie, qui doit être mesurée depuis le frisson d'invasion et le début de la fièvre jusqu'au moment où celle-ci est complétement éteinte. La durée de la pneumonie doit en effet être calculée par la considération des phénomènes généraux, sans faire intervenir les phénomènes locaux, qui ne sont pas toujours très-appréciables au début, et qui persistent ensuite beaucoup au delà de la fièvre, pendant la convalescence, et même bien au delà, ainsi que nous l'avons exposé plus haut.

En calculant comme nous le disons ici, on peut établir que la pneumonie dans l'âge adulte est une maladie qui se juge le plus communément dans le cours du deuxième septénaire, c'est-à-dire entre le neuvième et le quatorzième jour; ce n'est que très-exceptionnellement que la pneumonie se termine, soit dans le premier septénaire, soit à la fin, et, à plus forte raison, au delà du troisième.

Ces termes extrêmes se retrouvent aux autres âges. Si chez l'enfant à la mamelle et chez le vieillard on peut voir la pneumonie se terminer en peu de jours, d'une manière en quelque sorte foudroyante, on peut dire pourtant que lorsque la maladie a une heureuse issue, sa solution se fait à peu près dans les mêmes limites que chez l'adulte.

Dans les cas où la maladie, bénigne et prompte dans son évolution, se juge spontanément, souvent par crises et dans les mêmes limites que la fièvre synoque, faut-il considérer la pneumonie comme n'étant qu'un épiphénomène, qu'un accident, même sans importance, essentiellement lié à la pyrexie, qui la gouvernerait en quelque sorte? Cette idée paraîtra fort étrange aux pathologistes, et

je l'eusse passée sous silence si elle n'eût été défendue, dans ces derniers temps, par un médecin des plus distingués, M. le docteur Marrotte. Et cependant quoi de moins concluant, quoi de plus opposé même, à cette doctrine que les dix observations rapportées par ce médecin (1). Début brusque chez tous les malades, spontané dans un cas, succédant chez neuf à l'impression du froid; frisson constant, généralement peu intense, parce que ce symptôme (la fièvre intermittente exceptée) est généralement proportionné à la gravité des affections où on le rencontre; tout de suite, au bout de quelques instants, ou peu d'heures après, le siége du mal se caractérise par la douleur pleurétique, et bientôt par les signes ordinaires des pneumonies. Que trouve-t-on ici d'étrange? N'est-ce pas de la sorte que la pneumonie débute presque toujours? La lésion locale et l'état général ne sont-ils pas communément simultanés? Pourquoi voir quelque chose de mystérieux là où tout est si clair? Pourquoi transformer, pour les besoins de la cause, une pyrexie qui n'a pas de caractère anatomique connu en une pyrexie ayant une manifestation vers un organe important. Ce n'est certes pas que je conteste la possibilité d'une phlegmasie survenant dans le cours d'une synoque; mais ce n'est alors qu'une complication. Dans les cas très-exceptionnels d'ailleurs où elle se déclare, ce n'est pas au début qu'elle survient, mais c'est beaucoup plus tard. On ne saurait donc voir dans les faits que je cite autre chose qu'une pneumonie légitime, n'offrant rien d'insolite, si ce n'est une bénignité très-grande; il n'y a là rien de merveilleux. Marchant au rebours des autres sciences, on voudrait pousser aujourd'hui la médecine vers le mystérieux, on se croit obligé à tout propos de jeter sa petite pierre aux idées organiciennes; perdant de vue ce qui est positif, on préfère se lancer dans les nuages, on complique tout sans besoin; partout on cherche des mystères; nous marchons, hélas! à grands pas vers le mysticisme.

CHAPITRE IX

COMPLICATIONS.

Il n'est aucune affection aiguë qui ne puisse venir compliquer une pneumonie. Mon intention n'est pas de les énumérer toutes;

(1) *Archives générales de médecine*, année 1855.

je veux seulement, dans ce chapitre, étudier celles de ces complications qui sont les plus fréquentes, sur la production desquelles la pneumonie a la plus grande part, et qui peuvent souvent, à leur tour, modifier la marche et le mode de terminaison de la maladie principale. Je vais donc étudier les complications de la pneumonie par la pleurésie, par le catarrhe pulmonaire, par quelques maladies du cœur et des gros vaisseaux, par l'ictère, par les troubles cérébraux et les parotides; je terminerai en disant un mot sur les douleurs articulaires concomitantes de la pneumonie. J'aurais pu traiter aussi de la complication de la pneumonie par l'angine laryngée œdémateuse; mais l'affection laryngienne, soit qu'elle arrive dans la période la plus aiguë de la maladie, soit qu'elle se déclare pendant la convalescence, est si rare, que Sestier n'a pu en réunir qu'une dizaine d'observations (1), et il est fort douteux que la pneumonie ait exercé sur sa production une influence directe.

§ 1er. — Complication avec la pleurésie.

Du moment où la pneumonie, cessant d'être centrale, envahit la périphérie de l'organe, elle s'accompagne à peu près constamment de l'inflammation d'une partie plus ou moins étendue de la plèvre. Le plus souvent, comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, l'altération de la séreuse est exactement bornée aux parties hépatisées. Dans ces cas, une fausse membrane albumineuse mince tapisse la plèvre qui est contiguë à la pneumonie; il peut y avoir aussi quelques flocons libres dans la cavité séreuse, et une ou plusieurs cuillerées d'un liquide trouble ou séro-purulent, sans que cela constitue, à proprement parler, une complication. Il convient de réserver ce mot aux cas seulement où l'épanchement pleurétique est assez considérable pour pouvoir être constaté par les signes physiques, et lorsqu'il vient apporter quelque modification dans les symptômes de la maladie principale. C'est alors seulement qu'il convient de donner à la pneumonie le nom de *pleuro-pneumonie*, mot qui exprime suffisamment la nature de la complication.

Sur 247 malades atteints de pneumonie, chez lesquels j'ai cherché à constater les complications survenues du côté de la plèvre, j'en ai trouvé 31 qui ont offert pendant la vie les signes évidents d'un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité de cette séreuse.

(1) *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, p. 100.

Près des deux tiers des individus qui ont présenté cette complication avaient de dix-huit à trente ans; tous les autres avaient moins de cinquante ans; deux seulement avaient dépassé cet âge. Les hommes n'ont pas été atteints en proportion beaucoup plus considérable que les femmes. L'épanchement a été observé aussi souvent dans la pneumonie droite que dans la pneumonie gauche. Si l'on se rappelle que celle-ci est beaucoup moins fréquente que la première, il semblerait naturel de supposer que la pneumonie gauche est proportionnellement une cause plus active d'épanchement pleurétique que celle du côté droit; toutefois, les faits qui précèdent ne sont pas encore assez nombreux pour justifier une pareille conclusion. Les trois quarts des pneumonies occupaient la base de l'un ou de l'autre poumon; les autres siégeaient au tiers moyen de l'organe, et plus rarement dans le tiers supérieur. La douleur de côté n'a manqué chez aucun des malades, dont la pneumonie s'accompagnait de pleurésie; mais elle n'a pas été en général plus intense chez eux que chez les individus qui n'ont pas présenté cette complication au même degré.

L'épanchement pleurétique était médiocre ou considérable. On peut établir comme règle générale, que la quantité de liquide épanché dans la plèvre était en raison inverse de l'étendue de la pneumonie et du degré auquel celle-ci était parvenue. Je n'ai observé à ce sujet qu'une seule exception; c'était dans un cas où tout le poumon droit était envahi; les lobes supérieur et moyen étaient frappés d'hépatisation rouge et grise, tandis que le lobe inférieur ne présentait que de l'engouement et un commencement d'induration rouge, et cependant malgré une lésion si étendue et si profonde du parenchyme pulmonaire, il s'était formé dans la plèvre un épanchement de 4 à 500 grammes environ. Dans les pneumonies qui occupent l'organe en totalité, ou dans sa plus grande étendue, surtout si la phlegmasie ayant d'abord envahi le centre du poumon s'étend ensuite à la périphérie, on voit que l'épanchement est presque toujours peu considérable, et qu'il n'est, en général, formé que par quelques fausses membranes. On conçoit, en effet, que le poumon, hépatisé et transformé en une masse dure et incompressible, doive s'opposer à ce qu'un épanchement se forme, ou du moins il empêche qu'il devienne très-abondant.

Quelle que soit la quantité du liquide épanché dans la poitrine, j'ai vu celui-ci occuper constamment la partie la plus déclive de cette cavité. Généralement on pouvait constater sa présence en arrière dans le quart ou même dans le tiers inférieur. Chez le quart des malades, l'épanchement pleurétique et la pneumonie existaient

dans des points du thorax éloignés l'un de l'autre ; ainsi la pneumonie envahissait le sommet ou la partie moyenne de l'organe, tandis que l'épanchement occupait la partie inférieure. Les symptômes propres à chacune des deux maladies se montraient alors dans leur étendue respective, et leur diagnostic ne présentait aucune difficulté. Mais le plus ordinairement, la pneumonie et l'épanchement pleurétique existant simultanément dans les mêmes points, c'est-à-dire à la base du thorax, alors les symptômes propres aux deux affections se confondaient ou bien ils étaient plus ou moins modifiés les uns par les autres. Dans les points, en effet, où le liquide était épanché, le son était devenu complétement mat, l'auscultation faisait quelquefois entendre à ce niveau un souffle tubaire, mais dont l'intensité allait en diminuant au fur et à mesure qu'on se rapprochait davantage des parties inférieures. Dans les quatre cinquièmes des cas, l'auscultation ne faisait percevoir aucun bruit morbide ; le murmure respiratoire était affaibli ou complétement nul ; mais lorsque les malades parlaient, on distinguait, tantôt dans un point circonscrit, plus rarement sur toute l'étendue de la matité, une *égophonie* pure, ou bien ce retentissement particulier de la voix, qui est un mélange d'égophonie et de bronchophonie que j'ai précédemment désigné sous le nom de *broncho-égophonie*. Comme on le voit, les phénomènes stéthoscopiques propres à la pneumonie peuvent être masqués ou même empêchés par l'épanchement pleurétique. Si celui-ci ne forme qu'une couche peu épaisse à la surface du poumon, on peut entendre la crépitation, celle-ci pourtant est en général obscure, et souvent on ne la perçoit que pendant les quintes de toux ; elle semble se passer profondément et plus ou moins loin de l'oreille. La percussion donne dans les points correspondants un son plus complétement mat que dans les cas d'engouement inflammatoire simple, et en appliquant la paume de la main dans ce point, pendant que le malade parle, on ne distingue aucun frémissement thoracique.

Si, dans la plupart des cas, l'épanchement pleurétique a pour effet de masquer ou d'empêcher les signes physiques, caractéristiques de la pneumonie, quelquefois pourtant il semble renforcer les bruits qui se passent dans les bronches, c'est ainsi que le souffle peut acquérir presque les proportions du souffle amphorique, et si la sécrétion bronchique est abondante il se fait un bruit de gargouillement comme s'il existait à ce niveau une vaste excavation.

Chez plusieurs malades, les symptômes stéthoscopiques propres à la pneumonie, tels que la crépitation, la respiration sèche, rude, n'étaient perçus que pendant les secousses de la toux ou dans la

respiration profonde qui lui succédait; mais l'épanchement venait-il à diminuer, la crépitation pouvait aussitôt être entendue pendant les inspirations ordinaires. En général, c'est l'abondance de l'épanchement, c'est l'épaisseur trop considérable de la couche de liquide interposée entre le poumon et l'oreille, qui empêche, soit la production des râles, soit leur transmission au dehors. Aussi il a suffi, dans plusieurs cas, de déplacer le liquide ou de l'étendre sur une plus grande surface, pour percevoir la crépitation et le souffle tubaire. C'est ainsi que chez trois malades affectés de pleuro-pneumonie de la base d'un des poumons, le quart inférieur du côté correspondant de la poitrine donnait un son complétement mat, et l'auscultation, pratiquée dans le même point, ne faisait entendre ni le murmure respiratoire, ni aucun bruit morbide lorsque les individus étaient assis sur leur séant pendant l'exploration, car cette position avait pour effet d'accumuler tout le liquide dans la partie la plus inférieure; mais faisait-on incliner les malades sur le côté sain, ou mieux encore, si, les plaçant à quatre pattes, on donnait au tronc une position telle que la partie supérieure de la poitrine devînt le point le plus déclive, l'épanchement étant alors forcément déplacé et pouvant se répandre sur une plus large surface, la portion du poumon enflammée étant beaucoup moins comprimée, on percevait distinctement aux inspirations ordinaires de la crépitation, unie souvent à un souffle qui était entendu communément pendant l'expiration seulement. Ces phénomènes cessaient dès qu'on faisait prendre de nouveau aux malades la position verticale, c'est-à-dire lorsqu'on permettait au liquide de s'accumuler en couche épaisse à la partie inférieure de la poitrine.

Chez quatre individus, dont deux furent observés avec Chomel, l'épanchement pleurétique survint, ou du moins augmenta beaucoup à l'époque où la pneumonie entra en résolution. Chez ces malades, à mesure que la fièvre diminuait ou disparaissait, lorsque les crachats cessaient d'être rouillés, lorsque la douleur de poitrine n'était plus sentie, les symptômes physiques semblaient, au contraire, indiquer une extension de la maladie ou son passage à un degré plus avancé. La percussion donnait, en effet, une matité plus complète et plus étendue; la crépitation avait cessé, et avait été remplacée dans un cas par la respiration bronchique et par la bronchophonie. Cependant si l'on réfléchissait que la matité était survenue brusquement et sans aucune gradation sur une grande surface à la fois, si, en outre, on comparait les phénomènes physiques aux symptômes généraux et aux autres symptômes locaux, il était impossible de supposer que la pneumonie eût passé au

deuxième ou au troisième degré; car s'il en eût été ainsi, l'appareil fébrile fût devenu plus intense, la dyspnée plus considérable, la plupart des symptômes enfin se seraient accrus dans la même proportion.

Les symptômes révélés par l'auscultation ont varié suivant la marche que la pneumonie et que l'épanchement pleurétique ont suivie. Si ce dernier commençait à diminuer avant que la résolution de la pneumonie fût complète, la crépitation, l'expiration soufflante pouvaient être perçues distinctement, quelle que fût la position qu'on donnât aux malades. Si, au contraire, l'épanchement, restant stationnaire pendant quelque temps, ne diminuait que lorsque la résolution de la pneumonie était déjà plus ou moins complète, cette diminution était marquée par le retour du murmure respiratoire; mais celui-ci était très-faible, et il pouvait s'écouler encore un ou plusieurs mois avant qu'il eût repris sa force, son ampleur et sa pureté normales.

Les pneumonies qui se sont compliquées d'un épanchement pleurétique un peu considérable sont, en effet, celles dans lesquelles on voit persister le plus longtemps les phénomènes morbides d'auscultation et de percussion. La résolution de la pneumonie serait, d'après Laennec, beaucoup plus lente à se faire sous l'influence d'un épanchement pleurétique que sans cette circonstance. Cet auteur dit, en effet, avoir trouvé quelquefois la carnification encore très-marquée, quoique les signes de pneumonie eussent cessé depuis plus de deux mois. Toutefois je ne puis fixer, même approximativement, d'après mes propres observations, le temps qu'il faut à la nature pour rendre au poumon sa perméabilité et pour organiser les fausses membranes de la plèvre, car presque tous mes malades ont quitté l'hôpital en présentant encore à l'auscultation et à la percussion, divers phénomènes morbides, il est impossible alors de déterminer ce qui revient à la pneumonie et ce qui ne dépend que de la pleurésie. Quoi qu'il en soit, c'est, comme je l'ai dit déjà, dans les cas seulement où la pneumonie a été compliquée d'un épanchement pleurétique assez abondant, qu'on peut constater un rétrécissement consécutif de la poitrine.

Il n'est pas rare d'observer un bruit de frottement pendant le cours de la pleuro-pneumonie. Je l'ai, en effet, constaté chez onze malades, et il est probable que ce phénomène, qui est très-inconstant dans son apparition, a dû m'échapper un grand nombre de fois. Le bruit du frottement n'a guère existé que dans les cas où l'épanchement avait été si peu considérable, que le plus souvent même il n'avait pas été diagnostiqué. Dans la moitié des cas, la

pneumonie avait occupé le sommet de l'un ou l'autre poumon; mais quel qu'ait été le siége de la maladie, le bruit de frottement a constamment existé dans le tiers ou dans le quart inférieur ou moyen de la poitrine, le plus souvent en arrière, dans l'espace situé au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, plus rarement sur le côté, au niveau du sixième ou du septième espace intercostal. Il a siégé six fois dans le côté droit de la poitrine, et cinq fois à gauche. Chez un seul malade, il se fit entendre pour la première fois pendant que la pneumonie était parvenue à la période la plus aiguë; chez tous les autres, il ne fut perçu qu'au déclin de la maladie et plus souvent encore pendant la convalescence.

Dans la moitié des cas, c'est-à-dire chez cinq (1), le côté de la poitrine où l'on entendait le bruit de frottement, n'était le siége d'aucune sensation pénible, tandis que les autres malades accusaient une douleur exactement dans les mêmes points où l'oreille faisait découvrir le frottement pleural. Cette douleur était assez incommode, sans avoir jamais eu une très-grande acuité. Chez presque tous ces individus, la douleur existait depuis le début de la maladie, elle s'était pourtant beaucoup calmée; elle avait même cessé complétement dans un cas, et ne s'était réveillée ou accrue qu'à l'époque où le frottement pleural était survenu.

Ce bruit n'offrait ici rien de particulier; il était entendu le plus souvent à la fin de l'inspiration ou de l'expiration; il masquait plus ou moins le murmure vésiculaire, et la percussion du thorax à son niveau donnait un son plus ou moins obscur. Il faut pourtant excepter un malade qui, dans la convalescence d'une pneumonie du sommet, offrit un bruit de frottement à la base du thorax en arrière, sans que le murmure respiratoire fût affaibli et sans qu'il y eût diminution de la sonorité. Dans ce cas, où il n'existait aucune douleur thoracique, il est probable que le bruit de frottement était produit par quelques fausses membranes rares et minces qui, étant tombées de la partie supérieure du poumon enflammé, étaient venues adhérer et s'organiser dans un point circonscrit de la base de l'organe.

Le bruit du frottement a présenté beaucoup de variations; d'un moment à l'autre il était intense, puis léger, bientôt il cessait même d'être perçu. Souvent on pouvait le faire naître ou revenir à volonté, en variant les positions des malades. Chez trois, le frottement n'a existé, ou du moins il n'a été entendu que pendant quelques heures;

(1) Dans un cas je n'ai pas noté s'il y avait ou non la douleur.

chez les autres il a persisté pendant deux, trois, quatre et six jours, et chez deux malades il n'a même complétement disparu qu'au douzième et au treizième jour. La douleur de côté et le frottement ont cessé simultanément chez un seul malade; chez un autre, le frottement a disparu avant la douleur; enfin chez tous les autres la douleur a cessé, tandis que le frottement, quoique moins rude, persistait encore pendant un ou plusieurs jours après.

L'épanchement pleurétique exerce-t-il quelque influence sur la pneumonie elle-même?

Laennec a avancé (1) que la compression exercée par le fluide épanché sur le tissu pulmonaire devait modérer l'orgasme inflammatoire, et que c'était sans doute par cette raison que dans ce cas, plus souvent que dans tout autre, l'inflammation restait bornée à quelques lobules sans s'étendre plus loin, comme elle le fait ordinairement. Suivant le même auteur, la pneumonie développée dans ces conditions arriverait très-rarement à la période de suppuration, sa résolution serait beaucoup plus lente que celle d'une pneumonie simple, et présenterait des caractères anatomiques tout à fait particuliers. Je crois qu'il faut établir ici une distinction importante. Il convient, en effet, de ne pas confondre les pneumonies qui se développent en même temps qu'un épanchement pleurétique, et les inflammations qui frappent un poumon comprimé depuis un temps plus ou moins long par un liquide accumulé dans les plèvres.

Dans la plupart des cas où la pneumonie et l'épanchement pleurétique se sont développés simultanément, je n'ai pas vu que l'inflammation du parenchyme pulmonaire fût sensiblement modifiée dans sa marche, dans sa durée, dans sa terminaison et dans ses caractères anatomiques, par le liquide et par les fausses membranes qui étaient épanchés dans la plèvre. En consultant mes observations de pneumonie dans lesquelles la phlegmasie occupant le lobe inférieur se compliquait d'un épanchement pleurétique qui comprimait la portion malade du poumon, j'ai trouvé que, dans les deux tiers des cas, la pneumonie qui avait commencé par la partie la plus inférieure, s'était ensuite rapidement propagée à une grande surface, elle avait paru dans tous les cas dépasser le niveau de l'épanchement, et elle était parvenue partout au deuxième degré. Par conséquent, chez tous ces malades, il était évident que le liquide épanché dans la plèvre n'avait pas sensiblement modéré l'intensité de la phlegmasie pulmonaire, et qu'elle avait été également impuis-

(1) *Auscultation*, t. II, p. 529, 4e édition.

sante pour borner l'inflammation dans les points des poumons qui étaient comprimés.

Chez un tiers des sujets, la pneumonie a été plus bénigne, et elle n'a pas paru dépasser les limites mêmes de l'épanchement pleurétique. Cependant faut-il en conclure nécessairement que ce résultat favorable est dû à la compression produite par le fluide épanché, qu'on a regardée, en effet, comme pouvant exercer sur un poumon enflammé la même influence qu'aurait sur un membre frappé d'érysipèle ou de brûlure au premier degré l'application d'un bandage roulé. Rien, dans le cas présent, ne saurait justifier cette supposition. Il est, en effet, tout aussi rationnel de croire que la pneumonie a été bénigne dans ces derniers cas à cause d'une disposition particulière des individus ; il est même possible que l'épanchement n'ait été aussi abondant que, parce que la pneumonie étant peu étendue en surface et en profondeur, le poumon n'a pas formé, comme dans les pneumonies qui envahissent tout un lobe, un plan solide et résistant qui se serait opposé à ce qu'un épanchement considérable fût produit.

Ainsi dans les pleuro-pneumonies, l'épanchement pleural ne paraît ni modérer, ni circonscrire l'inflammation pulmonaire. Il ne doit pas, par conséquent, modifier le pronostic. L'analyse et la comparaison des faits m'ont prouvé également que l'épanchement pleurétique n'exerçait aucune influence notable sur la durée de la période aiguë de la pneumonie, c'est-à-dire que le mouvement fébrile, l'oppression, les crachats caractéristiques n'avaient pas une durée moins longue dans la pleuro-pneumonie que dans la pneumonie simple. La convalescence commençait à peu près à la même époque dans l'un et l'autre cas ; mais, comme je l'ai déjà dit, les phénomènes morbides fournis par l'auscultation et par la percussion étaient beaucoup plus durables dans la pleuro-pneumonie que dans la pneumonie sans épanchement.

J'ai vu, en effet, quelques-uns de ces symptômes persister pendant six semaines ou deux mois; ils ont rarement cessé avant le vingtième jour : la plupart des malades ont quitté l'hôpital avant que la poitrine fût revenue à son état physiologique. A cette époque, le son était encore plus ou moins obscur, et l'expansion vésiculaire nulle ou incomplète; souvent on entendait une crépitation humide et grosse dans les respirations ordinaires ou pendant la toux seulement. Enfin, chez deux malades, la respiration était encore bronchique au trentième jour. En général, passé le trente-sixième jour, il était rare d'observer encore des phénomènes stéthoscopiques indiquant la persistance de l'engouement pulmonaire, tandis que

des signes d'épanchement pouvaient persister pendant un temps encore plus ou moins long; ils étaient toujours les derniers à disparaître.

L'existence d'un épanchement dans la plèvre, qui se développe en même temps qu'une pneumonie, ne modifie nullement les caractères anatomiques de l'inflammation pulmonaire. Ayant fait l'autopsie de deux individus, qui succombèrent rapidement à une pneumonie compliquée d'un épanchement pleurétique assez considérable (3 à 400 grammes environ), j'ai trouvé que le lobe inférieur, qui avait été en contact avec le liquide, avait présenté les caractères anatomiques ordinaires soit de l'engouement inflammatoire, soit de l'hépatisation rouge et grise.

§ 2. — Complication par un pneumothorax.

Plusieurs médecins anglais ont avancé qu'une exhalation de gaz pouvait se faire à la surface de la plèvre dans le cours des pneumonies. Graves est le premier qui ait signalé ce fait, dans l'année 1835. Cet auteur rapporte que, le quatrième jour d'une pneumonie parvenue au deuxième degré, on constatait à la partie antérieure et supérieure du côté malade un son plus clair que de coutume, tandis que le murmure respiratoire avait cessé d'être perçu dans le même point. Seize heures après, la même région de la poitrine donnait un son très-obscur, et l'on y entendait le murmure affaibli de la respiration mêlé à quelques bulles de crépitation. Graves a également cité l'observation d'un jeune homme atteint de pneumonie, chez lequel le cœur était refoulé de manière que la pointe battait au niveau du mamelon droit, et sans qu'il existât aucun épanchement liquide dans la poitrine; la percussion pratiquée sur la région du cœur faisait entendre un son tympanique, comme si un gaz exhalé dans la plèvre était seul la cause du déplacement de l'organe. Le malade guérit, et l'on vit le cœur reprendre sa place plusieurs jours avant la résolution de la pneumonie.

Dans son mémoire sur la pneumonie typhoïde (1), Hudson a rapporté quatre cas comme étant des exemples de pneumothorax par exhalation survenus dans le cours d'une pneumonie aiguë. Ces faits me semblent avoir été mal observés. W. Stokes, qui a examiné deux des malades de Hudson, dit que ce médecin a pris pour un signe de pneumothorax, dans un cas, le son tympanique pro-

(1) *Dublin Journ. med. science*, t. VII.

duit par l'estomac distendu par des gaz ; dans l'autre, il a méconnu le phénomène qu'on connaît sous le nom de *bruit de pot fêlé* (1). Les deux autres faits observés par Hudson étant semblables à ceux que je viens de citer, ne peuvent mériter, comme ces derniers, aucune espèce de confiance.

Stokes dit avoir observé lui-même, une fois, le phénomène noté par Graves. Il rapporte qu'une femme, depuis longtemps adonnée à l'usage des liqueurs alcooliques, fut affectée d'une pneumonie typhoïde grave qui arriva rapidement à l'hépatisation. Vers le huitième ou neuvième jour de la maladie, la partie antérieure et supérieure du côté gauche de la poitrine, où les jours précédents il y avait une matité complète, donnait alors un son tympanique; ce bruit s'étendait de la région cardiaque à la clavicule. Immédiatement au-dessous de cet os, on entendait un léger murmure vésiculaire, tandis que, vers la troisième côte, on percevait un bruit de frottement. Le son tympanique fut ensuite observé à la partie postérieure supérieure de la poitrine ; mais le lendemain tout avait cessé : la matité était revenue et l'on cessait d'entendre le murmure de la respiration. La malade se rétablit après une longue convalescence ; la maladie dura cinq mois, et s'accompagna de fièvre hectique.

Quelque confiance que nous inspire le talent observateur de Stokes, je ne puis cependant accepter l'observation que je viens de rapporter comme étant un exemple de pneumothorax simple ; en effet, la longueur de la maladie, les symptômes de fièvre hectique qui furent remarqués doivent faire admettre qu'indépendamment de la pneumonie, il y eut quelque autre altération grave des poumons qui aura probablement provoqué le pneumothorax.

En résumé, parmi les faits que l'on cite comme des exemples de pneumothorax survenu dans le cours d'une pneumonie, il faut écarter ceux rapportés par Hudson et par Stokes. Les deux observations publiées par Graves, la seconde surtout, sembleraient devoir mériter plus de confiance ; elles ne sont pas cependant encore assez concluantes, car il eût fallu pour cela que l'autopsie des sujets vînt démontrer que l'épanchement de l'air dans la plèvre n'avait pas été le résultat de quelque solution de continuité des poumons. Le pneumothorax sans perforation du parenchyme pulmonaire est, en effet, sinon impossible, du moins infiniment rare, si rare que je n'ai pu encore en recueillir aucun exemple authentique. Il est fort à présumer d'ailleurs qu'on aura considéré comme appartenant au

(1) *Loc. cit.*, p. 333.

pneumothorax ces cas de pleurésie ou de pneumonie où l'on constate, sous la clavicule correspondante, une sonorité tympanique et une faiblesse du murmure respiratoire ; ces phénomènes sont difficiles sans doute à expliquer, mais il est certain qu'ils ne sont pas la conséquence d'une exhalation gazeuse dans la plèvre. Je renvoie d'ailleurs à ce que j'en ai dit précédement, page 229.

§ 3. — Complication avec la bronchite.

Nous avons vu plus haut que chez un quart des malades environ, l'inflammation des poumons était précédée par une bronchite plus ou moins intense ; cependant il arrive que dans la plupart des cas, aussitôt la pneumonie constituée, les symptômes physiques de la maladie des bronches sont nuls, à peine marqués, et aisément masqués par les phénomènes stéthoscopiques de la phlegmasie du parenchyme pulmonaire. Il n'est pas rare ensuite qu'en se résolvant, la pneumonie soit remplacée par un catarrhe pulmonaire, qui persiste pendant un temps plus ou moins long.

Sur 240 malades chez lesquels les symptômes stéthoscopiques ont été notés avec beaucoup de soin, il y en a 58, c'est-à-dire le quart environ, qui ont présenté des râles muqueux et plus souvent encore des râles sibilant et ronflant. Il est probable même que le chiffre précédent n'indique pas la véritable proportion dans laquelle la bronchite complique la pneumonie; car tous les râles qui caractérisent la première de ces affections et surtout les râles secs sont essentiellement inconstants ; fréquemment on les entend un instant, puis ils cessent pour reparaître encore bientôt après, et cela d'une manière irrégulière, de telle sorte que plusieurs fois il a pu m'arriver d'ausculter les malades à une époque où ces râles avaient disparu momentanément.

La bronchite s'est montrée comme complication de la pneumonie sept fois plus souvent chez l'homme que chez la femme ; elle a été proportionnellement plus fréquente de vingt à trente et au delà de soixante ans que dans les autres périodes de la vie. On sait aussi que chez la plupart des enfants, depuis la naissance jusqu'à la sixième année surtout, la pneumonie s'accompagne communément de catarrhe ; le plus souvent alors l'inflammation des bronches a précédé d'un temps plus ou moins long celle du parenchyme pulmonaire lui-même. Les mois de mars et de décembre sont ceux qui ont présenté le plus grand nombre d'exemples de la complication bronchique. Dans la moitié des cas, la bronchite avait précédé la pneumonie.

Sauf quelques rares exceptions, dans lesquelles la bronchite paraissait limitée au côté de la poitrine qui était le siége de la pneumonie, on peut dire que chez presque tous les malades, l'inflammation des bronches occupait à la fois les deux poumons. Dans la moitié des cas, les râles sibilant et ronflant étaient également forts, également bruyants des deux côtés; chez l'autre moitié, ces mêmes râles prédominaient dans le poumon qui était le siége de la pneumonie.

Les râles variaient en intensité et en étendue; ils étaient tantôt légers et disséminés çà et là dans le thorax; mais chez près du tiers des malades, ils étaient remarquables par leur intensité; ils occupaient tous les points de la poitrine et masquaient souvent alors les phénomènes stéthoscopiques propres à la pneumonie. Ce n'est qu'en répétant l'auscultation de diverses manières et à plusieurs reprises, en faisant faire aux malades des inspirations plus ou moins profondes, en auscultant tour à tour la respiration et la toux, qu'on parvenait à saisir au milieu des bruits divers dont la poitrine était le siége, un râle crépitant, une respiration sèche ou soufflante. La percussion pratiquée en même temps au niveau des parties qui présentaient ces phénomènes stéthoscopiques, donne de la matité, ou du moins un défaut d'élasticité qui indique que le poumon est induré dans ce point. Chez trois malades, quelque soin que j'aie mis à explorer le thorax, ayant d'ailleurs répété plusieurs jours de suite cet examen, je n'ai jamais pu déterminer le siége de la pneumonie, dont l'existence était pourtant révélée par des crachats caractéristiques; il faut admettre que dans ces cas la pneumonie était centrale, ou que, disséminée sur plusieurs points à la fois, elle présentait la forme lobulaire.

Lorsque la bronchite qui complique la pneumonie, est très-étendue, elle imprime quelques modifications aux autres phénomènes de la maladie; les crachats sont généralement plus abondants; ils sont muqueux pour la plupart, mais dans la masse on reconnaît toujours quelques portions plus visqueuses, et offrant en outre une couleur rouillée, jaune ou verte. La toux est également plus fréquente ou du moins elle a lieu plus souvent par quintes, ainsi que cela arrive dans le catarrhe ordinaire. La douleur de côté n'a manqué chez aucun des malades; chez plus du tiers d'entre eux, elle s'accompagnait en outre d'une douleur sternale, d'une chaleur et d'une gêne dans cette partie, phénomènes dépendant uniquement de la complication catarrhale. Je ne veux pas davantage insister sur celle-ci; elle constitue parfois l'élément principal de la maladie et caractérise cette forme spéciale de pneumonie que

nous décrirons plus bas, sous le titre de *pneumonie catarrhale* ou de *broncho-pneumonie.*

§ 4. — Complications du côté des organes circulatoires.

M. Bouillaud a insisté sur la fréquence des complications qu'on observe du côté du cœur et des gros vaisseaux, dans le cours des pneumonies graves. Ce professeur cite la péricardite, l'endocardite, l'aortite, et surtout les concrétions sanguines dans les cavités du cœur, comme coïncidant fréquemment avec une pleuro-pneumonie (1). Legroux (2) dit également que si l'on examine avec soin l'état du cœur dans les maladies, on trouve que la pneumonie est une de celles qui se compliquent le plus souvent d'inflammations cardiaques. Cette question étant du plus haut intérêt, j'ai dû l'étudier avec le plus grand soin. J'ai été forcé d'éliminer un grand nombre d'observations comme nulles ou incomplètes, parce que dans les unes, l'état du cœur n'avait pas été indiqué, et que dans les autres, n'en ayant parlé qu'une ou deux fois, plusieurs complications, peu graves sans doute, avaient pu ainsi m'échapper. Mes conclusions ne porteront donc que sur 58 observations, dans lesquelles l'état du cœur a été soigneusement décrit au moins une fois par jour, pendant toute la durée de la maladie.

Parmi ces 58 malades, il en est 12 qui ont présenté divers phénomènes morbides vers le péricarde ou vers le cœur. Cette proportion, quoique déjà considérable, est bien inférieure à celle que M. Bouillaud a trouvée, puisque sur les 26 cas de pneumonies consignés dans sa clinique, ce professeur aurait observé 10 exemples de complication phlegmasique vers l'aorte et le cœur.

1° *Maladies du péricarde et du cœur.* — Parmi les douze malades soumis à mon examen, qui m'ont présenté quelque complication cardiaque, je n'ai jamais observé pendant la vie aucun symptôme, ni après la mort aucune lésion qui caractérisât l'existence d'une endocardite ; trois furent atteints de péricardite, et chez deux l'issue fut fatale. Deux des malades qui ont eu une péricardite étaient affectés de pneumonie droite ; chez le troisième, la pneumonie siégeait au sommet du poumon gauche. Ces faits sont sans contredit trop peu nombreux pour pouvoir en tirer aucune conclusion. Je dirai seulement qu'ils ne prouvent pas en faveur de l'opinion de M. Bouillaud (3), qui regarde la péricardite et l'endocardite comme

(1) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 137.
(2) *L'Expérience*, t. I, p. 212.
(3) *Clinique médicale*, t. II, p. 137.

compliquant beaucoup plus souvent la pneumonie gauche que celle du côté droit. Les deux faits de péricardite recueillis par M. Bouillaud sur les vingt-six observations consignées dans sa clinique, sont, il est vrai, survenus dans le cours d'une pneumonie gauche ; mais on ne saurait encore émettre à cet égard une proposition générale, et il est également impossible de dire si ces complications ont eu lieu par la propagation ou l'irradiation de l'inflammation du poumon gauche aux parties voisines, ou bien si elles sont survenues suivant un autre mécanisme.

Chez huit malades (les trois affectés de péricardite non compris) j'ai constaté une modification dans le timbre des battements du cœur. Deux fois ceux-ci étaient devenus bruyants, éclatants et semblables au bruit auriculo-métallique ; chez tous les autres, au contraire, ils étaient voilés, étouffés, obscurs, sans pourtant qu'ils parussent se passer plus profondément que d'habitude. Chez un malade, le deuxième bruit était seul altéré dans son timbre ; mais chez tous les autres, les deux bruits du cœur étaient à la fois modifiés et ils l'étaient à peu près au même degré. Ces phénomènes d'auscultation s'accompagnèrent, dans la moitié des cas, d'une augmentation d'impulsion ; le volume me parut être un peu accru chez deux, mais jamais je n'ai constaté de palpitations ni aucune douleur à la région précordiale. Enfin, un malade chez lequel on avait largement employé le traitement antiphlogistique, eut dans les deux jours qui précédèrent la mort, un bruit de souffle au premier temps, vers le bord gauche du sternum, à 6 centimètres du mamelon. L'ouverture du cadavre, qui fut pratiquée avec le plus grand soin, ne fit découvrir, ni dans le cœur, ni dans le péricarde, ni ailleurs, aucune lésion à laquelle on pût rapporter le bruit morbide qui avait été constaté dans les deux derniers jours de l'existence ; c'était manifestement un souffle anémique.

2° *Concrétions sanguines.* — Nous avons prouvé, à l'*Anatomie pathologique* (p. 61), qu'il n'était pas rare de voir se former, dans le cours de la pneumonie, des concrétions dans les cavités cardiaques, adhérant aux valvules, les empêchant de fonctionner d'une manière convenable, et devenant la cause de troubles graves dans les fonctions du cœur. J'ai cité, dans la première édition de ce livre, l'histoire d'un malade qui, succombant à une pneumonie, après avoir eu les deux bruits du cœur extrêmement sourds et voilés, me présenta à l'autopsie des caillots denses et fibrineux, élastiques, remplissant toutes les cavités du cœur, entortillés autour des colonnes charnues et des valvules et se prolongeant dans les gros vaisseaux ; plusieurs adhéraient assez fortement aux parois des

oreillettes ou des ventricules, sans pourtant qu'on pût découvrir aucune modification de couleur, de consistance ou d'épaisseur dans l'endocarde. Depuis vingt-cinq ans, j'ai rencontré plusieurs faits analogues, M. Bouillaud en avait reconnu déjà une douzaine dans le mémoire qu'il a publié sur ce sujet (1). Les caillots cardiaques, lorsqu'ils sont peu volumineux et lorsqu'ils n'obstruent pas beaucoup les orifices, peuvent ne produire d'autre trouble qu'une altération dans le timbre des bruits du cœur; c'est ce que M. Bouillaud a constaté trois fois sur dix; on peut même percevoir des bruits de souffle surtout au premier temps. Les caillots sont-ils plus volumineux, on constate un désordre plus ou moins considérable dans les contractions cardiaques : les battements sont tumultueux, irréguliers; le pouls est faible, parfois filiforme, inégal, intermittent, comme il l'est dans les altérations valvulaires les plus graves. Je n'ai jamais vu, comme dans celles-ci, les membres s'infiltrer; mais le malade a parfois de l'orthopnée, la face est violacée, les extrémités sont froides, tout indique enfin une grande gêne dans la circulation.

Nonobstant des symptômes aussi fâcheux, j'ai toujours vu, au bout de peu de jours et parfois même en vingt-quatre heures, les désordres s'amender. On comprend pourtant que la mort puisse être la conséquence d'une pareille complication. Je renvoie, d'ailleurs, pour plus amples renseignements à ce que j'en ai dit ailleurs (2).

2° *Maladies de l'aorte.* — Quelques faits épars dans la science prouvent que la pneumonie a été compliquée plusieurs fois de diverses altérations de l'aorte. On a dit depuis longtemps que, dans les violentes inflammations de poitrine, la phlegmasie pouvait se propager jusqu'à l'aorte, et affecter surtout sa membrane interne. Portal a cité (3) l'histoire d'un jeune homme qui mourut dans le cours d'une rougeole, après avoir présenté une violente suffocation; on trouva à l'autopsie les poumons rouges et indurés; l'aorte, dans presque toute son étendue, était également rouge; ses parois étaient gonflées, molles, surtout dans la région thoracique, près du diaphragme où elles étaient couvertes de vaisseaux variqueux; enfin la membrane interne était gonflée et ramollie. Hodgson paraît aussi avoir observé deux fois l'inflammation du même vaisseau, déve-

(1) *L'Expérience*, t. III, p. 537. — *Traité clinique des maladies du cœur*, 2e édition. Paris, 1840, t. II, p. 710.

(2) *Traité de pathologie interne*, t. II.

(3) *Anatomie médicale*. Paris, 1804, t. III, p. 127.

loppée dans le cours d'une pneumonie aiguë. Cet auteur a rapporté, dans son excellent ouvrage (1), l'observation d'un homme qui succomba en quelques jours à une violente péripneumonie ; on trouva l'aorte d'un rouge foncé, présentant à sa face interne un épanchement lymphatique considérable; cette concrétion adhérait d'une manière intime à la membrane interne, et arrivait jusqu'à la sous-clavière qu'elle oblitérait complétement.

M. Bouillaud dit également avoir observé et diagnostiqué une inflammation de l'aorte sous-sternale survenue chez un malade qui succomba avec une pneumonie gauche. M. Bouillaud décrit ainsi (2) l'état que présentait l'aorte à l'autopsie : « La partie supérieure de l'aorte, là où ce vaisseau est en contact avec le poumon enflammé, offre extérieurement une belle rougeur qui contraste avec la couleur de ses autres portions. Né dans l'aorte thoracique descendante, un caillot parcourt tout le trajet de l'aorte ascendante, s'épaississant et s'organisant de plus en plus, à mesure qu'on s'approche de la crosse aortique, où il est élastique, glutineux, d'un blanc parfait, du volume du petit doigt, assez semblable pour la forme et la couleur au cordon de la moelle épinière dépouillé de ses enveloppes. Il est adhérent aux parois dont on ne le détache que par une assez forte traction ; il s'élargit considérablement et s'épanouit en quelque sorte en pénétrant dans le ventricule gauche, qu'il remplit aux trois quarts, laissant seulement vers la région externe de ce ventricule un assez étroit passage au sang. La membrane interne de la crosse de l'aorte présente une teinte *rosée* uniforme, laquelle, sur les valvules aortiques, se change en une vive rougeur qui ne s'efface pas par le lavage. »

Je ne saurais être aussi convaincu que l'est M. Bouillaud de l'existence d'une aortite dans le cas actuel. Il est aujourd'hui reconnu que la coloration rouge, et à plus forte raison la *couleur rosée* de la face interne des artères, n'a aucune valeur lorsqu'elle existe seule ; elle ne doit être regardée comme une lésion phlegmasique que dans les cas où elle s'accompagne d'une exsudation albumineuse à sa surface, ou d'un changement dans son épaisseur et dans sa consistance. La couleur rouge de la tunique celluleuse n'est également d'aucune valeur ; on sait, en effet, et l'expérience de tous les jours le prouve, que la phlegmasie des organes qui entourent un vaisseau peut produire dans celui-ci des colorations

(1) *Maladies des artères*, traduit de l'anglais par G. Breschet, t. I, observ. première, p. 5.

(2) *Clinique médicale*, t. II, observation deuxième.

diverses. Les tissus contenant, en effet, une plus grande quantité de sang, les vaisseaux qui les avoisinent ou qui les traversent sont alors plus exposés à l'imbibition. Dans le fait cité par M. Bouillaud, je ne vois aucun indice d'artérite, mais seulement un exemple fort curieux, fort remarquable, de concrétions fibrineuses formées pendant la vie, et que ce professeur a diagnostiquées avec beaucoup de bonheur.

Ce caillot s'est probablement organisé sous l'influence de la même cause qui préside ordinairement à la formation des caillots glutineux, élastiques, adhérents que nous avons vus se former assez souvent dans les cavités du cœur. Il semble également résulter d'une observation très-curieuse, publiée par le regrettable observateur Dalmas et communiquée à l'Académie impériale de médecine, que la compression exercée par un poumon enflammé sur l'aorte peut favoriser la formation d'un caillot dans la portion correspondante de ce vaisseau.

Dalmas (1) rapporte qu'une vieille femme de l'hospice de la Salpêtrière mourut avec un commencement de gangrène sénile. A l'autopsie, on trouva une oblitération avec épaississement et friabilité des artères du membre malade ; mais, en outre, il existait à la partie supérieure de la portion descendante de l'aorte, au niveau du point où s'insère le canal artériel, un caillot long de 6 centimètres, remplissant tout le calibre du vaisseau, et y adhérant assez fortement. Ces adhérences, interrompues en dehors et en arrière, point où il existait un passage libre pour le sang, n'offraient aucune trace d'organisation. Le péricarde était rempli d'une quantité considérable de sérosité albumineuse, la plèvre gauche était aussi le siége d'un énorme épanchement. Le lobe supérieur de ce poumon infiltré de pus avait acquis une densité extrême, et un volume au moins égal à celui des deux poings : il remplissait tout le sommet de la poitrine, déjà si pleine, et devait nécessairement comprimer tout ce qui l'avoisinait. Or l'aorte, après son passage de droite à gauche, pour descendre le long des vertèbres dorsales, devait trouver dans la résistance et dans la densité du tissu pulmonaire un grand obstacle à sa dilatation, et cela d'autant plus que le poumon était refoulé en haut par le double épanchement qui existait. La circulation devait donc y être très-difficile ; de là la formation d'un caillot ; il n'y avait aucun vestige d'artérite. Je pense avec Dalmas que la formation du caillot dépendait ici d'une cause tout à fait mécanique ; il faut pourtant tenir compte aussi de la plasticité

(1) *L'Expérience*, t. I, n° 31, p. 493.

et de l'état inflammatoire du sang, qui rendait ce fluide plus facilement concrescible au moindre obstacle apporté à son cours régulier. Si la malade eût vécu, il est probable que le caillot eût produit une oblitération ou un rétrécissement considérable de l'aorte thoracique.

Le diagnostic d'une complication du côté de l'aorte est extrêmement difficile. Dans le fait rapporté par M. Bouillaud, ce professeur annonça la formation d'un caillot dans l'aorte, d'après l'existence d'un bruit de souffle très-fort, qui existait sur le trajet de ce vaisseau, c'est-à-dire vers le bord gauche du sternum, en haut et en dedans du sein, et se propageant jusque vers la clavicule. Avant de hasarder un pareil diagnostic dans des cas pareils, il faut être bien certain qu'antérieurement à la pneumonie, il n'existait aucune maladie organique de l'aorte.

§ 5. — Complications du côté des organes biliaires.

1° *Ictère.* — L'ictère est la seule complication que j'ai vue survenir du côté de l'appareil biliaire. Je l'ai observé 20 fois sur 277 malades, chez lesquels je l'ai recherché avec soin. Si l'on excepte le typhus d'Amérique, dans lequel l'ictère forme un des éléments essentiels de la maladie, il n'est aucune autre affection aiguë dans laquelle on observe aussi souvent que dans la pneumonie la couleur jaune ictérique de la sclérotique et de la peau (1).

L'ictère est un accident infiniment rare, je devrais même dire presque inconnu dans les pneumonies de l'enfance ; on le constate spécialement dans la pneumonie de la jeunesse et de l'âge adulte. Presque tous les malades qui en furent atteints avaient moins de cinquante ans. L'ictère a été proportionnellement quatre fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Je l'ai vu survenir spécialement pendant le printemps et durant l'été ; plus des deux tiers des malades dont la pneumonie se compliqua d'ictère furent observés pendant les mois de mai, de juin, et surtout en mars et en avril. L'ictère s'est toujours montré d'une manière sporadique.

Tous les observateurs sont unanimes pour reconnaître que la complication dont je parle survenait plus souvent dans le cours des pneumonies droites que des pneumonies gauches ; on a noté également que l'ictère était plus fréquent lorsque l'inflammation occupait le lobe inférieur que lorsqu'elle siégeait au sommet de

(1) Je veux parler seulement des fièvres éruptives, typhoïdes, intermittentes, puerpérales, des angines simples, de l'érysipèle de la face, de la pleurésie, de la bronchite, des affections cérébrales et utérines et des rhumatismes articulaires.

l'organe. Les faits que j'ai observés confirment cette opinion. Puisque sur les 20 pneumonies compliquées d'ictère que j'analyse, il y en a 16 où l'inflammation affectait le poumon droit, chez 4 seulement, elle siégeait à gauche. Il ne faudrait pas pourtant conclure de là que l'ictère est quatre fois plus fréquent dans les pneumonies droites que dans les pneumonies gauches, car il faut tenir compte ici du nombre naturellement plus considérable des premières.

Si nous étudions maintenant l'influence comparative qu'exerce dans la production de l'ictère la pneumonie de la base et celle du sommet, je trouve que dans les seize cas de pneumonie droite qui se compliquèrent d'ictère, la phlegmasie occupait exactement dans la même proportion le lobe supérieur et le lobe inférieur. Il en fut de même pour les 4 malades chez lesquels l'ictère coïncidait avec une pneumonie gauche. En conclurons-nous que le siége de la pneumonie au sommet ou à la base de l'organe est sans influence sur la production de l'ictère? Je crois que les faits que je viens d'analyser sont trop peu nombreux pour pouvoir encore émettre sur ce point aucune proposition générale.

Il a été impossible chez la plupart des malades de déterminer avec rigueur l'époque précise à laquelle l'ictère commença de paraître. Cependant je crois pouvoir affirmer que dans aucun cas ce symptôme n'a précédé la pneumonie ou même n'a débuté avec elle. Chez 12 malades, la couleur jaune des sclérotiques et celle de la peau a pu être constatée de la fin du premier jour au quatrième; chez les autres, l'ictère n'a pu se déclarer que du cinquième au huitième ou neuvième jour. La couleur jaune commençait à être visible aux sclérotiques; elle s'étendait bientôt à la face, au cou et au tronc, parties qu'elle occupait exclusivement dans la plupart des cas. Ce n'est, en effet, que chez un tiers des malades qu'elle devint générale; elle était alors le plus souvent en raison directe de l'étendue et de la gravité de la pneumonie. L'ictère compliquant la pneumonie ne présente presque jamais une teinte bien foncée.

Chez les six septièmes des malades, l'ictère était le seul symptôme qui indiquait un trouble du côté de l'appareil biliaire; ce ne fut guère que chez un septième des sujets qu'indépendamment de la couleur jaune de la peau, on observait en outre des vomissements, des nausées, de l'amertume à la bouche, et cette série de symptômes propres aux pneumonies bilieuses. L'ictère arrivait constamment à son summum d'intensité au bout de un à trois jours; dans la plupart des cas, il suivait dans sa marche les mêmes phases que la pneumonie elle-même. Ainsi, parmi les 11 malades

chez lesquels la marche de l'ictère a été suivie avec beaucoup de soin, sept fois j'ai vu l'ictère et la pneumonie diminuer simultanément, trois fois l'ictère a commencé à décroître, pendant que la pneumonie était encore à sa période d'état; enfin, chez un seul malade, l'ictère a continué d'augmenter à une époque où la pneumonie marchait déjà vers la résolution. Dans la moitié des cas où la pneumonie eut une issue funeste, j'ai vu l'ictère diminuer dans les deux derniers jours de l'existence, tandis que dans l'autre moitié la couleur jaune augmentait jusqu'au terme fatal. Lorsque la maladie s'est terminée favorablement, la durée totale de l'ictère a varié entre quatre et quinze jours; sa durée moyenne a été de huit jours; par conséquent, elle a été plus courte que dans cette variété qu'on a nommée spasmodique, ou dans celle qui survient spontanément, et qui s'accompagne ou qui est précédée d'un trouble plus ou moins marqué du côté des fonctions digestives.

Comment expliquer le développement de l'ictère dans le cours de la pneumonie? Dans les cas où la phlegmasie occupe le lobe inférieur du poumon droit, il semblerait assez naturel de supposer que l'inflammation s'est propagée par contiguité de tissu jusqu'à la membrane séreuse qui revêt le foie, et peut-être aussi jusqu'à la couche la plus superficielle du parenchyme de l'organe. M. Bouillaud, qui émet cette opinion (1), ne l'appuie pourtant sur aucun fait positif; je dirai même que les symptômes observés pendant la vie et l'état des organes après la mort autoriseraient à dire que cette manière de voir n'est pas fondée. Ainsi dans aucun cas, le foie n'était augmenté de volume et ne débordait point le rebord des fausses côtes, chez 6 malades, la douleur occupait la base de la poitrine, au niveau de l'hypocondre; mais celui-ci ne présentait aucune tuméfaction, et la douleur, qui avait le caractère pleurétique, dépendait évidemment de la pneumonie; chez 10 malades, le point de côté siégeait à la région mammaire; chez 4 il n'y eut jamais de douleur. Enfin chez les 3 malades qui succombèrent, le foie, examiné avec soin, ne présenta aucune modification dans sa coloration ni dans sa consistance; il contenait une quantité de sang médiocre; les canaux biliaires étaient perméables; le péritoine qui le recouvrait était intact; il en était de même du diaphragme. Mais à supposer qu'il n'y ait eu, dans ces cas, qu'une simple excitation qui n'a pu laisser des traces sur le cadavre, comment expliquer alors l'ictère qui est survenu aussi fréquemment dans la pneumonie du sommet que dans celle qui occupait la base de l'or-

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 138.

gane? Comment se rendre compte enfin de l'ictère arrivant dans le cours d'une pneumonie gauche, surtout lorsqu'elle affecte le lobe supérieur? On ne saurait trouver aucune explication raisonnable du phénomène. Dire que, dans ce cas, l'ictère est *sympathique* ou *spasmodique*, c'est vouloir se payer d'un mot dont nous ne comprenons guère le sens. Il faut, dans l'état actuel de la science, et pour ne pas sortir des faits, reconnaître que la pneumonie est de toutes les maladies aiguës (les affections du foie et la fièvre jaune exceptées), celle qui s'accompagne le plus souvent d'ictère, et que jusqu'à présent il ne nous a pas été permis de connaître suivant quel mécanisme cette complication se déclare.

2° *Hépatite.* — L'inflammation du foie survenant dans le cours d'une pneumonie est un accident qui doit être fort rare. Je ne l'ai jamais observé, Chomel n'en parle point, et M. Andral n'en rapporte qu'un seul exemple (1). Cependant, d'après le témoignage de Sarcone (2), l'hépatite aurait été un accident assez fréquent de la pneumonie, pendant l'épidémie qui régna à Naples durant l'année 1764. Sarcone cite également la pratique d'un autre médecin italien, qui, observant à Léonato en 1733, vit une maladie aiguë de poitrine se joindre à une phlegmasie du foie. Le médecin napolitain fait d'ailleurs remarquer que les affections du foie qu'il a vues survenir dans le cours des pneumonies, ne doivent pas être attribuées aux lois de la sympathie ; mais que les deux viscères furent distinctement et séparément attaqués par la même cause qui affectait en premier lieu et particulièrement la poitrine. On conçoit pourtant qu'on ne peut avoir dans les observations de Sarcone une grande confiance; il avoue d'ailleurs lui-même, avec beaucoup de candeur, qu'il est très-facile de se tromper, et de prendre pour une hépatite ce qui n'est souvent qu'une maladie de poitrine. De pareilles erreurs étaient autrefois commises fréquemment par les médecins même les plus habiles, comme on peut s'en convaincre par le témoignage de Valsalva et de Morgagni (3). Aujourd'hui, grâces aux progrès qu'a faits le diagnostic des affections locales, nous pouvons toujours, non-seulement distinguer l'hépatite d'une pneumonie; mais il est possible en outre de reconnaître les cas où ces deux affections coexistent ensemble. Jusqu'à présent tout nous fait supposer que l'hépatite, dans ce climat du moins, est une des complications les plus rares de la pneumonie. Si les auteurs

(1) *Clinique médicale*, LVe observ., t. III, p. 414.

(2) *Histoire raisonnée des maladies observées à Naples*, traduit de l'italien par Bellai. Paris, 1804, t. I, p. 226.

(3) *Lettre* 20e, §§ 30 et 31.

anciens l'ont vue plus fréquemment que nous, cela doit dépendre de quelque circonstance fortuite de constitution médicale, ou plutôt encore d'erreurs de diagnostic, dont sont convenus les plus habiles d'entre eux.

§ 6. — **Complications cérébrales.**

La pneumonie est une des maladies aiguës qui provoque le plus fréquemment l'explosion d'accidents cérébraux ; à tous les âges on voit éclater le délire, ou survenir un éclat de somnolence et de coma. Mais dans la première enfance, il n'est pas rare, en outre, que des convulsions surviennent tout à coup au début ou dans le cours de l'affection.

1° *Délire.* — De tous les accidents cérébraux que la pneumonie peut faire éclater, le délire est après la céphalalgie dont j'ai parlé (p. 272), le plus fréquent de tous. Sur deux cent quatre-vingt-dix malades chez lesquels l'état des fonctions cérébrales a été convenablement étudié, vingt-sept, c'est-à-dire un onzième environ, présentèrent, à certaines périodes de la maladie, un délire plus ou moins violent. Dans les faits qui ont été analysés par M. Louis, le délire s'est montré plus fréquemment encore que chez mes malades ; cet éminent observateur a noté ce phénomène sur un cinquième environ des sujets dont il a recueilli l'histoire (1). Cette proportion est à peu près celle que donne M. Andral, puisque sur soixante-cinq pneumonies dont les observations sont rapportées dans sa clinique quinze offrirent un délire plus ou moins prononcé (2) ; enfin M. le docteur Briquet a vu le délire survenir sur un septième environ des malades qu'il a traités à l'hôpital Cochin (3). En somme, si on réunit les faits rapportés dans les statistiques de pneumonies publiées le plus récemment, je vois que sur quatre cent trente-cinq cas d'inflammation pulmonaire, le délire fut observé chez cinquante-quatre malades, c'est-à-dire sur un huitième à peu près : on peut donc établir que la fréquence du délire dans la pneumonie varie entre un huitième et un onzième environ. Cette proportion, hâtons-nous de le dire, n'est vraie que pour la pneumonie de l'âge adulte.

L'analyse des faits a également démontré que le délire s'était montré plus souvent chez les individus qui ont succombé que chez

(1) *Fièvre typhoïde*, 2e édition, t. II, p. 36 et 40.

(2) Rapport de M. Rayer (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1840, t. IV, p. 464).

(3) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. VIII, p. 272.

ceux dont la maladie eut une heureuse issue; il résulte aussi des observations de M. Louis que le trouble des facultés intellectuelles avait été observé, chez les premiers, dans la quatrième partie des cas, tandis que chez les seconds il ne s'était déclaré que chez un sixième à peu près.

Le délire s'est montré beaucoup plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, et cela dans la proportion de vingt et un à six.

L'âge des malades a certainement une grande part dans le degré de fréquence de l'accident dont nous parlons. Si j'excepte 3 malades, âgés de moins de trente ans, tous les autres avaient dépassé l'âge de quarante; la période de cinquante à soixante est celle qui nous a offert le plus grand nombre de délires; la proportion augmente encore dans la vieillesse. On peut bien évaluer au quart ou au tiers des sujets pneumoniques le nombre de ceux qui, au delà de soixante-dix ans, sont atteints de délire; Hourmann et Dechambre ont même dit que, chez les vieilles femmes de l'hospice de la Salpêtrière, il était rare de voir une pneumonie parcourir ses périodes sans dérangement des facultés intellectuelles (1). Nous ne savons rien de précis sur le degré de fréquence du délire dans la pneumonie de l'enfance; il est avéré pourtant que, dans le jeune âge, cette complication est beaucoup moins fréquente que chez les vieillards, et même que chez l'adulte.

La proportion relativement moindre du délire dans l'enfance que chez l'adulte, chez la femme que chez l'homme, peut porter à penser que les conditions organiques, qui d'habitude prédisposent le plus habituellement aux troubles cérébraux, n'ont pas dans la pneumonie l'influence qu'elles exercent ordinairement. Ce qui confirme cette opinion, c'est de voir que sur les 27 individus chez lesquels j'ai étudié le délire, 2 seulement offraient les attributs de cette constitution nerveuse qui prédispose aux accidents cérébraux, quelle que soit d'ailleurs la maladie aiguë dont ils peuvent être atteints.

L'abus des liqueurs alcooliques, l'habitude de l'ivrognerie me paraît devoir être regardée comme une des causes qui provoquent le plus souvent le délire dans le cours des inflammations pulmonaires. Un bon tiers des individus dont je parle se livraient à de fréquents excès de vin, ou buvaient tous les jours une grande quantité de liqueurs fortes, et surtout d'eau-de-vie. Parmi les 12 malades de M. Briquet, qui eurent du délire dans le cours d'une

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 164.

pneumonie, 2 étaient des ivrognes déclarés, et 2 autres paraissaient également commettre des excès alcooliques (1). Enfin, M. Rayer dit avoir observé plusieurs fois, chez des ivrognes atteints de pneumonie, le délire survenir brusquement (2).

Il ne faudrait pas conclure de ces faits, que tous les délires qui éclatent chez les sujets frappés de pneumonie et ayant fait abus des alcooliques, appartiennent au *delirium tremens*, il n'en est rien ; en effet, pour la plupart peut-être l'intoxication alcoolique n'agit guère, je crois, qu'à titre de cause prédisposante, aussi le délire qui éclate alors n'offre rien qui soit spécifique. Les émotions morales vives, les chagrins qui frappent l'individu peu avant l'invasion d'une pneumonie, sont des circonstances qui prédisposent également beaucoup à l'explosion des accidents cérébraux.

On a dit qu'il y avait un rapport entre le siége de la pneumonie et l'apparition du délire. M. Bouillaud a soutenu que ce symptôme accompagnait plus fréquemment la pneumonie du sommet que celle de la base (3). Mais ce professeur n'a appuyé cette assertion d'aucune preuve directe, et les faits tirés de sa pratique, au nombre de sept seulement, qu'un de ses élèves a publiés (4), sont insuffisants pour justifier cette opinion. En consultant mes observations particulières, voici à quels résultats elles m'ont conduit. Sur les 27 malades qui ont présenté du délire, 9 étaient affectés d'une pneumonie du sommet ; chez 14, la phlegmasie occupait la base de l'organe ; chez 4 enfin, elle était limitée au tiers moyen. Il résulte donc de ce relevé que, chez le tiers seulement des malades qui ont présenté du délire, l'hépatisation occupait le lobe supérieur de l'un ou de l'autre poumon, ce qui n'indique pas une influence bien grande exercée par la pneumonie du sommet dans la production des troubles cérébraux. Ces résultats se trouvent d'ailleurs confirmés par les recherches de plusieurs auteurs. Sur 65 malades, dont les observations sont rapportées par M. Andral, 15 ont présenté un délire plus ou moins marqué ; chez 8, il y avait inflammation du sommet d'un ou des deux poumons, tantôt seule, tantôt accompagnée d'une pneumonie de la base ou de la partie moyenne ; dans sept autres cas, il y avait délire sans que le sommet fût affecté. Ainsi, sur quinze cas de pneumonie avec délire, indiqués par M. Andral, il y en avait sept, c'est-à-dire la moitié environ dans lesquels le lobe supérieur n'était pas affecté. Un autre fait, résul-

(1) *Archives générales*, 3e série, t. VIII, p. 272.

(2) *Bulletins de l'Acad. roy. de méd.* Paris, 1840, t. IV, p. 464.

(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XII, p. 377.

(4) *Mémoires de l'Acad. de méd.* Paris, 1840, t. VIII, p. 343.

tant des recherches de M. Andral, tend aussi à diminuer l'influence qu'on a attribuée à la pneumonie du sommet sur la production du délire; dans onze cas, cités par ce professeur, il y eut inflammation d'une partie ou de la totalité du lobe supérieur du poumon, seule ou unie à l'inflammation des autres portions de cet organe, sans qu'on ait noté pourtant du délire même dans les derniers temps de la vie (1). Enfin, parmi les 12 malades qui furent affectés de délire dans le cours d'une pneumonie, et dont M. Briquet a parlé dans son compte rendu, il n'y en a que 2 chez lesquels l'inflammation occupait le sommet de l'organe (2).

De tout ce qui précède, on peut conclure, je crois, que jusqu'à présent, il n'est pas prouvé que la pneumonie du sommet soit beaucoup plus souvent accompagnée de délire que celle qui occupe la base ou la partie moyenne de l'organe. Mais je considère comme un fait avéré que quels que soient les points des poumons envahis, les pneumonies doubles se compliquent plus souvent de délire que celles dans lesquelles la phlegmasie est limitée à un seul poumon ; ainsi, d'après mes relevés, le trouble des facultés intellectuelles a existé chez le quart des sujets qui eurent une inflammation des deux poumons à la fois.

L'époque à laquelle le délire se manifesta a beaucoup varié. Chez un malade, le trouble des facultés intellectuelles débuta presque avec les premiers symptômes de la pneumonie. Chez un autre, le délire fut le premier phénomène morbide qui apparut avec la fièvre, et ce ne fut qu'après trois jours que des symptômes se montrèrent pour la première fois du côté de la poitrine. Des faits pareils sont fort rares, surtout chez l'adulte, ils le sont beaucoup moins chez les enfants et surtout chez les vieillards, chez lesquels on constate souvent du délire ou tout au moins de la divagation dans les quarante-huit premières heures de la maladie ; le délire éclate communément du quatrième au dixième jour, et beaucoup plus tôt chez les ivrognes que chez les autres. Ainsi, tandis que ces derniers ne commençaient à délirer, terme moyen, que vers le dixième jour, les premiers, au contraire, déliraient dès le cinquième. Chez presque tous les malades, le trouble des facultés intellectuelles s'est déclaré à une époque où la maladie continuait encore à s'accroître, ou bien lorsqu'elle était arrivée à son plus haut degré d'intensité ; il n'y eut qu'un individu chez lequel le trouble cérébral survint au moment où il touchait à la convalescence.

(1) Rayer, *Bulletins de l'Académie*, t. IV, p. 464.
(2) *Archives générales de médecine*, t. VIII, 2e série, p. 272.

Le délire a présenté des caractères très-différents ; ce n'est souvent qu'un peu de divagation qui a lieu, surtout le soir ; les malades deviennent loquaces ; ils parlent seuls, ils tiennent des propos incohérents ; on peut souvent obtenir d'eux des réponses assez précises lorsqu'on parvient à fixer leur attention ; mais ce n'est que momentanément. Le délire est généralement assez calme ; cependant 3 des malades eurent une grande agitation ; ils parlaient haut, ils faisaient effort pour se lever, et l'on fut obligé de les fixer dans leur lit à l'aide du gilet de force. Le délire persista de un à huit jours. Les trois quarts des malades succombèrent, et chez eux les troubles cérébraux persistèrent jusqu'au terme fatal ; un quart guérit, et la cessation du délire ne précéda que de un à trois jours le commencement de la convalescence.

Chez les ivrognes, le délire qui éclate dans le cours de la pneumonie offre, dans la moitié des cas, les caractères indiqués plus haut ; chez les autres, l'agitation se présente sous une forme plus aiguë, et parfois avec le caractère d'une manie véritable. Les malades poussent des cris sans interruption ; ils repoussent, ils battent les personnes qui leur donnent des soins, et l'on est obligé de leur mettre la camisole de force. Cette extrême agitation continue jour et nuit ; cependant on n'observe pas communément, comme dans le cas de *delirium tremens*, le tremblement de la mâchoire et des membres, l'incertitude des mouvements et la voix parfois saccadée. Dans quelques cas pourtant, le délire a tous les caractères de celui qui a une origine alcoolique ; il s'annonce en effet par un léger tremblement des lèvres et des membres, et il éclate tout à coup du huitième au douzième jour de la maladie, c'est-à-dire à une époque où la pneumonie est souvent en complète résolution. Ce délire est provoqué parce qu'on a cessé brusquement et complétement l'usage des alcooliques.

Dans quelques cas le trouble des facultés intellectuelles est si subit, si violent, si prédominant sur tous les autres symptômes, que des erreurs graves sont parfois commises. Très-souvent en effet on envoie dans des asiles d'aliénés des individus atteints seulement d'un délire sympathique. MM. Thore et Aubanel (1) disent avoir vu apporter plusieurs fois à l'hospice de Bicêtre des individus qu'on leur envoyait comme aliénés, et qui n'étaient affectés que d'un délire développé pendant la période aiguë ou durant la résolution d'une pneumonie, et qui se dissipait très-rapidement. D'autres malades meurent réellement victimes de pareilles erreurs, sur

(1) *Recherches statistiques sur l'aliénation mentale.* Paris, 1841, p. 84.

lesquelles j'appellerai de nouveau l'attention de mes lecteurs, à l'occasion du diagnostic différentiel.

Le délire maniaque persiste rarement plus de quatre ou cinq jours; il est remplacé communément alors par du côma chez les sujets qui succombent, et par le retour complet de l'intelligence chez ceux qui guérissent.

A l'autopsie des individus qui moururent après avoir présenté du délire, je trouvai, dans près du tiers des cas (chez 8), les caractères anatomiques d'une méningite récente, c'est-à-dire une infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans toute l'étendue de la convexité des hémisphères. Cette arachnitis, à en juger par les troubles cérébraux observés pendant la vie, n'avait dû se déclarer que dans les vingt-quatre, trente-six ou soixante-douze dernières heures de la vie. Elle n'a existé qu'une seule fois chez les ivrognes. Chez tous les autres individus de cette catégorie (à l'exception de deux, dont l'autopsie ne put être faite), on ne constata ni dans le cerveau ni dans les méninges aucune altération assez grave pour expliquer les troubles observés pendant la vie. Ainsi, trois fois les lobes cérébraux présentaient un léger piqueté; chez 6, il y avait une infiltration de sérosité assez considérable dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et même un épanchement notable dans les ventricules latéraux. Ces suffusions séreuses n'ont guère existé que chez les individus dont l'agonie fut longue, et chez lesquels le délire fut remplacé par un état comateux un peu prolongé.

Il résulte de ce qui précède que, dans les deux tiers des cas, l'état apparent des méninges et du cerveau ne peut expliquer le délire qu'on avait noté pendant la vie. Il n'y avait également aucun rapport bien évident, et surtout constant, entre le délire et l'étendue de l'altération pulmonaire. Chez tous, la pneumonie était arrivée au deuxième ou au troisième degré; mais, dans la plupart des cas, l'hépatisation était bornée à un seul lobe, ou même à une moitié d'un lobe. On ne peut même affirmer qu'il y eût un rapport bien évident entre l'appareil fébrile et la production des troubles cérébraux. Si la plupart des malades qui eurent du délire éprouvaient une fièvre intense, on peut dire pourtant que chez un plus grand nombre, qui présentèrent une fièvre encore plus vive, on n'observa à aucune époque un trouble appréciable du côté des facultés intellectuelles. Cependant M. Louis a été conduit à penser (1) que le délire qui survenait dans le cours des affections aiguës, ordinaire-

(1) *Fièvre typhoïde*, 2e édition, t. II, p. 44.

ment inflammatoires, était plutôt l'effet du mouvement fébrile, qu'il ne serait la conséquence d'une action sympathique de l'organe malade, bien que cette action, d'après le même auteur, n'y soit pas étrangère. M. Louis fait observer que dans les maladies aiguës qui se compliquent de délire, la fièvre est la seule circonstance commune à tous les sujets, et qu'il est rationnel de ne pas recourir à des causes différentes pour l'intelligence d'un phénomène, plus ou moins exactement toujours le même.

Le raisonnement de l'illustre observateur que je me plais tant à citer est tout à fait logique; cependant ce que j'ai dit précédemment me fait douter encore si l'on doit faire jouer à l'appareil fébrile le rôle que M. Louis lui attribue. Je ne sais s'il convient de considérer la fièvre comme étant le lien sympathique qui mettrait en rapport le cerveau et l'organe souffrant; car je crois que dans la manifestation des troubles intellectuels, il faut non-seulement faire la part de la fièvre, mais reconnaître encore l'influence que jouent les prédispositions individuelles des sujets, les habitudes, l'état moral qui a précédé ou accompagné le développement de la maladie actuelle. Il faut reconnaître enfin, dans un grand nombre de cas, que les causes productrices du délire nous échappent; nous le voyons quelquefois coïncider avec le développement d'un état général, grave, comme dans certaines pneumonies typhoïdes ou malignes, et peut-être alors en trouve-t-on l'explication dans l'infection générale des liquides. Quoi qu'il en soit, je pense que dans un grand nombre de cas on ne saurait donner aucune raison plausible pour expliquer la production du délire; prétendre que cet accident est un effet sympathique de la maladie du poumon, c'est voiler souvent notre ignorance par un mot, dont on abuse beaucoup, et dont peu de personnes connaissent la valeur.

Quelle est la nature du délire qu'on observe si fréquemment chez les ivrognes atteints de pneumonie, et comment en expliquer le développement? Si on se rappelle l'intensité du délire, la violence des emportements qui sont quelquefois poussés jusqu'à la fureur, l'insomnie, l'absence d'altération matérielle dans les centres nerveux après la mort; si on réfléchit que ces troubles se déclarent surtout chez des individus qui abusent des liqueurs alcooliques, on ne pourra s'empêcher de reconnaître dans ces accidents une forme du *delirium tremens*. D'ailleurs, nous verrons plus tard, à l'article du traitement, que les bons effets qu'on obtient quelquefois dans ces cas, de l'usage combiné du vin et de l'opium, viennent confirmer mon opinion sur la nature de la maladie. L'invasion du *delirium tremens* dans le cours d'une pneumonie, s'explique par l'in-

terruption brusque des liqueurs alcooliques. Il résulte, en effet des travaux importants, publiés en Angleterre et en Amérique, par les docteurs Blacke (1) et Ware (2), qu'un ivrogne ne peut être atteint d'une maladie quelconque, sans être sous l'imminence du *delirium tremens*. L'usage abusif des liqueurs alcooliques constitue la cause prédisposante, tandis que la cause occasionnelle paraît être la brusque interruption de ce stimulant du système nerveux, interruption qui a généralement lieu dès que ces individus sont atteints d'une affection grave.

2° *Coma, état apoplectique.* — Presque tous les individus qui succombent après avoir déliré tombent avant de mourir dans un état de somnolence et de coma, qui peut durer de quelques heures à plusieurs jours; mais le coma est parfois un état primitif. Il peut n'y avoir d'abord que de la somnolence, le sommeil devient ensuite plus profond, plus continu, il se déclare enfin un véritable état apoplectique avec résolution des membres et insensibilité plus ou moins complète. Le coma comme accident cérébral primitif a été observé chez cinq malades parvenus du cinquième au douzième jour de la pneumonie; quatre avaient dépassé soixante ans, tous succombèrent; le cinquième n'avait que vingt-huit ans, il guérit, bien qu'il parût plus gravement atteint; pendant vingt-six heures, en effet, il resta insensible et sans mouvement. Comme nous l'avons vu pour les cas de délire, l'examen anatomique n'explique pas toujours les troubles de dépression cérébrale. Une arachnitis a parfois rendu compte des symptômes apoplectiques notés les derniers jours de la vie; mais chez presque tous, on ne constata aucune lésion dans les méninges, ni dans la substance cérébrale; c'est à peine si l'on a noté exceptionnellement un peu d'infiltration séreuse dans les mailles de la pie-mère, phénomène le plus souvent ultime, en rapport avec le plus ou moins de durée de l'agonie.

Le coma, l'état apoplectique peuvent compliquer toutes les pneumonies, mais ce sont des accidents surtout communs dans la pneumonie de l'enfance et de la vieillesse. Il importe beaucoup de remarquer ici que ces accidents sont souvent primitifs, qu'ils débutent avec la fièvre, et si les phénomènes thoraciques sont alors mal accusés, ou si l'attention est un peu distraite on commet aisément une erreur de diagnostic, presque toujours fort préjudiciable. Comme l'observent avec raison MM. Rilliet et Barthez, il n'est pas rare que les enfants dont nous parlons offrent un peu de strabisme

(1) *Practical essay on delirium tremens.* London, 1830.

(2) *Remarks on the history and treatment of delirium tremens.* Boston, 1831.

du moins momentanément ; ils se plaignent de céphalalgie, et vomissent parfois. Mais dans ces cas il n'y a jamais le carus qui accompagne les affections graves des méninges et de l'encéphale ; on peut réveiller aisément les petits malades, et on ne trouve pas d'ailleurs cette série d'accidents qui marquent la première période des méningites, si communes à cet âge ; on ne note pas les cris hydrencéphaliques, le grincement de dents, le mâchonnement, l'inégalité du pouls, etc., enfin une exploration attentive ne tardera pas à faire découvrir dans la poitrine la cause des désordres cérébraux. Ceux-ci, d'ailleurs, lorsqu'ils se déclarent dès le début, ne persistent guère au delà de quatre, cinq ou six jours. Cependant, il arrive parfois que l'état comateux continue jusqu'à la solution de la maladie par la guérison ou par la mort.

Ce que je viens de dire des enfants s'applique en grande partie aux vieillards ; la somnolence, le coma, sont des accidents très-communs chez eux ; parfois ils sont prédominants et ils se déclarent dès les premiers instants de la maladie ; aussi peuvent-ils faire méconnaître le véritable siége de l'affection. Mais si on considère la rareté extrême des inflammations intracrâniennes à cet âge, et par contre la fréquence excessive des pneumonies à cette période de la vie, c'est à celle-ci qu'il faudra penser et c'est la poitrine qu'on devra explorer tout d'abord, lorsque dans le cours d'une maladie fébrile on verra survenir chez un vieillard les symptômes cérébraux sur lesquels j'appelle l'attention du lecteur.

3° *Éclampsie.* — Une complication bien autrement grave que les précédentes est l'éclampsie. Elle est spéciale à l'enfance et presque exclusive aux sujets âgés de moins de cinq à six ans. Ces convulsions peuvent être partielles, ne consister qu'en une roideur des membres supérieurs, en un spasme des muscles de la face et des yeux ; ailleurs elles sont générales, et elles affectent communément alors la forme d'un accès épileptique. Cet accident peut se déclarer à toutes les périodes de l'affection, il n'est pas rare de voir les convulsions éclater dès le début en même temps que la fièvre et souvent lorsque rien encore ne révèle l'existence d'une phlegmasie thoracique ; plus souvent les convulsions éclatent pendant les périodes ascendante et d'état ; enfin, elles peuvent être un accident de la période ultime, elles précipitent alors la terminaison fatale. Les convulsions qui se déclarent dans le cours d'une pneumonie n'ont rien de spécial ; quant à leur marche, il peut n'y avoir qu'un accès ; ailleurs les convulsions se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Dans le premier cas, les malades reprennent connaissance en ne conservant parfois qu'un peu d'hé-

bétude; dans le second, il est ordinaire de voir les enfants tomber dans un état de somnolence et de coma, qui peut être l'avant-coureur de la mort.

On ne trouve aucune lésion constante pour expliquer les accidents éclamptiques; ce que nous avons dit précédemment à propos du délire s'applique aussi aux convulsions. La congestion cérébrale qu'on voit plus souvent après les accès éclamptiques qu'à la suite du délire peut souvent être considérée, bien moins comme cause de troubles nerveux que comme la conséquence de la gêne apportée à la circulation.

§ 7. — **Complications avec les parotides.**

Comme on le peut voir, dans toutes les maladies graves, une inflammation des parotides se développe parfois dans le cours de la pneumonie. Cet accident est heureusement fort rare. Sans être spécial à la pneumonie du vieillard, on peut dire qu'à peu près inconnu dans l'enfance et dans la jeunesse, fort rare dans l'âge adulte, on l'observe surtout au delà de soixante ans. Ce n'est pas nécessairement dans le cours des phlegmasies pulmonaires en apparence les plus graves que la parotide se développe, ni lorsque la pneumonie est à son apogée, mais plus souvent elle se déclare au moment où la maladie semblait tendre vers la résolution; plusieurs fois même les malades touchaient déjà à la convalescence. Si la parotide est une crise, je la crois presque toujours mauvaise. L'inflammation parotidienne n'est presque jamais double; mais une des glandes est envahie par le travail inflammatoire dans toute son étendue. Rapide dans son évolution, il suffit de vingt-quatre ou quarante-huit heures pour que la tumeur acquière le volume du poing. Rouge ou violacée, dure, généralement très-douloureuse, elle n'a guère d'autre terminaison que la suppuration et parfois la gangrène. La suppuration est toujours précoce, mais emprisonné au milieu des grains glanduleux qui résistent plus que le tissu cellulaire interstitiel, bridé en outre par un plan aponévrotique des plus résistants, le pus se réunit rarement en foyer un peu considérable. Cependant, à la partie supérieure, il est commun de voir une collection se former et se frayer une issue par le conduit auditif externe, inférieurement le pus peut fuser le long des vaisseaux vers la région sus-hyoïdienne et jusque dans la poitrine; partout ailleurs le pus reste presque infiltré, et lorsque la mollesse de la tumeur engage à la diviser avec l'instrument, on ne peut par la pression que provoquer l'issue d'une petite quantité d'un

pus blanc et franchement phlegmoneux. J'ai vu dans un cas les grains glanduleux disséqués par la suppuration se séparer et toute la glande tomber sphacélée ; il en était résulté une paralysie complète de la septième paire ; le malade, guéri de sa pneumonie, avait uniquement succombé au désordre, à l'abondante suppuration que la parotide avait entraînée. La parotide est donc toujours un accident sérieux, une complication véritable entraînant après elle les plus grands périls.

§ 8. — Complications avec les douleurs articulaires.

Quatre malades n'ayant jamais eu antérieurement de rhumatisme articulaire ou musculaire, furent affectés, dans le cours d'une pneumonie, de douleurs vives dans une ou plusieurs articulations à la fois. Ces douleurs se déclarèrent dès les premiers jours de la pneumonie dans un cas, tandis que chez les trois autres elles ne survinrent que lorsque l'inflammation pulmonaire s'était déjà beaucoup étendue en surface et avait passé partout au deuxième ou au troisième degré. Ces douleurs occupaient une fois les deux épaules, chez un autre elles étaient bornées au genou droit, chez un troisième sujet elles affectaient l'articulation tibio-tarsienne gauche ; enfin le dernier malade se plaignait à la fois du poignet droit et du genou gauche. Les douleurs etaient toujours très-vives ; elles augmentaient par la pression et par les mouvements ; dans aucun cas il n'y eut de la rougeur aux téguments ; une seule fois j'ai constaté une tuméfaction considérable de l'articulation ; celle-ci était en même temps le siége d'une fluctuation évidente. Une circonstance qui mérite d'être signalée, c'est que chez les quatre malades, les douleurs ont toujours été fixes, elles ne se sont jamais déplacées, et lorsqu'elles ont occupé plusieurs articulations à la fois, elles les ont envahies ensemble. Trois des malades ont succombé avec une hépatisation grise ; mais par suite d'un oubli vraiment impardonnable, j'ai négligé dans deux cas d'ouvrir les articulations qui étaient encore le siége de douleurs vives au moment de l'agonie. Chez le troisième sujet, le seul dont j'ai disséqué les jointures, j'ai vu que le poignet droit et le genou gauche qui avaient été le siége de fortes douleurs pendant la vie et de gonflement, étaient remplis d'un pus phlegmoneux inodore, les franges de la membrane synoviale étaient les seules parties de l'articulation qui fussent légèrement injectées.

Quelle est la nature des douleurs articulaires que je viens de décrire ? Faut-il les regarder comme étant rhumatismales ? Je

l'avais cru d'abord. Mais si on réfléchit que l'un des caractères les plus remarquables des douleurs tenant au rhumatisme, c'est-à-dire la mobilité, a constamment manqué, qu'il n'y a eu de la tuméfaction que dans un seul cas, on sera autorisé à élever quelques doutes. Enfin l'autopsie ayant montré une fois que du pus existait dans les articulations malades, on aura un nouvel argument pour regarder ces douleurs comme n'étant pas de nature rhumatismale. Comment expliquer ici la présence du pus? Il était impossible de regarder ce liquide comme ayant été sécrété par suite d'une arthrite ordinaire, car la membrane synoviale était partout lisse, molle, transparente, et il n'existait qu'une très-légère injection piquetée dans les franges synoviales articulaires, ce qui ne pouvait expliquer ni les symptômes observés pendant la vie, ni la production pathologique trouvée après la mort. Il y avait donc beaucoup de ressemblance entre cette lésion et les abcès articulaires qu'on observe dans les résorptions purulentes. Y avait-il alors une phlébite quelque part? J'eus cette pensée lorsque je procédai à l'autopsie: malheureusement la putréfaction m'a empêché de faire à ce sujet des recherches aussi complètes que je l'aurais voulu. Mais si nous devons conserver quelques doutes sur l'origine du pus, il est, je crois, bien démontré par l'étude que je viens de faire, que les douleurs articulaires observées chez ce malade n'étaient pas de nature rhumatismale.

§ 9. — Fréquences des complications précédentes dans les pneumonies consécutives.

On peut dire d'une manière générale que la plupart des maladies ou des accidents que nous venons d'étudier, compliquent assez rarement les pneumonies consécutives; c'est ce qui résultera des faits que je vais analyser.

De toutes les complications thoraciques que j'ai précédemment signalées, le catarrhe pulmonaire est presque la seule que j'aie rencontrée quelquefois, dans les cas de pneumonies consécutives. Mais comme j'ai été obligé d'écarter tous les faits relatifs aux maladies thoraciques, tous ceux aussi dont les affections s'accompagnaient de bronchites, telles que les maladies du cœur, les fièvres typhoïdes, la rougeole, il s'ensuit qu'il ne m'est resté qu'un nombre de faits restreints et bien insuffisants pour étudier la question. Je dirai pourtant que, sur les pneumonies consécutives à des maladies organiques du foie, des reins, de l'utérus et de l'estomac, il y eut deux

fois un catarrhe pulmonaire assez étendu pour masquer quelques-uns des symptômes propres à l'inflammation pulmonaire. Cette complication catarrhale paraît être moins rare dans la pneumonie qui affecte les déments paralytiques.

Chez ces derniers, il semble aussi que la pleurésie concomitante est moins commune que dans les pneumonies ordinaires ; il résulte, en effet, des recherches de M. Thore, que la plèvre n'a été trouvée enflammée que chez la moitié des aliénés qui furent emportés par une pneumonie aiguë. Dans les faits que j'ai recueillis, et en ne considérant la pleurésie que comme une lésion concomitante, je n'ai constaté aucune différence entre les pneumonies primitives et celles qui sont consécutives. Il n'en a plus été de même de la pleurésie telle qu'elle doit être considérée dans cet article, c'est-à-dire assez étendue et assez grave pour constituer une véritable complication de la maladie primitive. Ainsi sur cinquante-quatre cas de pneumonie secondaire, je n'ai guère rencontré d'épanchement pleurétique un peu considérable que chez les individus dont la pneumonie était consécutive à une phlébite, et peut-être alors l'épanchement purulent dans les plèvres était-il plutôt l'effet de la maladie primitive que de la pneumonie elle-même. L'ictère n'a existé qu'une seule fois ; il a paru se développer en même temps que la pneumonie, je pourrais presque dire que c'est lui qui fit découvrir la complication thoracique. Chomel ayant vu, en effet, se déclarer tout à coup un ictère, et ayant en même temps reconnu un appareil fébrile assez intense, une pneumonie fut soupçonnée, bien que le malade n'accusât aucun trouble apparent du côté de la poitrine ; l'auscultation pratiquée avec soin fit découvrir une phlegmasie du lobe inférieur du poumon droit.

Le délire est une complication assez fréquente des pneumonies secondaires. Je l'ai observé dans un douzième des pneumonies survenues dans le cours de maladies chroniques ; la proportion est plus grande encore pour celles qui viennent compliquer les maladies aiguës. Cependant, dans ces cas, il est souvent difficile de préciser la part qui appartient à l'affection première, et celle qui revient à la maladie intercurrente. Pour résoudre ce problème, il faut alors comparer le début et la marche de la pneumonie avec l'époque à laquelle le délire est survenu ; il faut aussi avoir égard à la nature de la maladie première. C'est ainsi, par exemple, que, si dans le cours d'une phlébite on voit du délire survenir peu après le développement d'une pneumonie, il sera plus rationnel de rapporter les troubles cérébraux aux progrès de la maladie primitive qu'aux développements de l'affection intercurrente ; parce que, en

effet, le délire est un symptôme habituel des résorptions purulentes. Il en serait à peu près de même pour la fièvre typhoïde.

On voit, d'après tout ce qui précède, que les complications sont en général moins nombreuses et moins fréquentes dans le cours des pneumonies secondaires que dans celui des phlegmasies pulmonaires primitives. Cette différence dépendrait-elle de la marche, en général, plus rapide des premières ou bien serait-ce plutôt parce que, la faiblesse étant plus grande et la sensibilité générale plus émoussée, les phénomènes sympathiques éprouveraient, par cela même, plus de peine, plus de lenteur à se développer?

CHAPITRE X

FORMES.

Dans les chapitres précédents, j'ai décrit les symptômes et la marche de la pneumonie; mais, pour avoir le tableau fidèle de la maladie, il me reste encore plusieurs points à étudier. Il est, en effet, des pneumonies dans lesquelles certains symptômes généraux ou locaux tout à fait nouveaux apparaissent, ou bien, peu marqués dans l'état ordinaire, on les voit prédominer sur tous les autres. Dans d'autres cas, des symptômes, habituellement très-apparents, sont obscurs ou même manquent complétement; d'autres fois, c'est la marche même de la maladie et la succession de ses divers phénomènes, qui se trouvent plus ou moins interverties. Enfin, il est d'autres modifications qui résultent de la nature des causes, du siége de la maladie, des circonstances spéciales dans lesquelles les malades se trouvent, etc. Toutes ces conditions changent, modifient plus ou moins profondément la physionomie propre de la pneumonie; et suivant l'existence ou la prédominance des unes ou des autres, on semble avoir affaire à des affections toutes nouvelles, différant des pneumonies ordinaires par leur marche, leur pronostic, leur traitement; c'est là ce qu'on nomme les *formes* de la maladie. Je vais passer en revue les principales; je ferai connaître avec soin non-seulement les phénomènes qui les caractérisent, mais je tâcherai aussi de déterminer les causes individuelles ou extérieures qui paraissent présider à leur développement.

ARTICLE PREMIER.

PNEUMONIES PRIMITIVES.

§ 1er. — Pneumonies bilieuses.

Il y a une variété de pneumonie dans laquelle les symptômes de la phlegmasie pulmonaire coexistent avec cet ensemble de phénomènes qu'on connaît sous le nom d'*état bilieux* ou *gastrique*, fort bien décrit par Stoll, et qu'il est utile de rappeler ici. La face est jaunâtre ou d'un vert pâle; il y a une céphalalgie gravative, et souvent une douleur analogue au niveau du cardia; la soif est nulle ou peu marquée, les malades ont une saveur le plus souvent amère, quelquefois nauséabonde ou acide; la langue est le plus ordinairement recouverte d'un enduit jaune verdâtre; les dents sont sales; l'épigastre est comme gonflé, et il est le siége d'un sentiment de plénitude. Quelques malades vomissent spontanément des matières bilieuses qui les soulagent, d'autres n'ont que des maux de cœur: il y a un flux abondant de salive, un dégoût pour toute espèce d'aliment; enfin on observe de la constipation, ou bien quelques selles bilieuses.

Bianchi (1) avait, au commencement du siècle dernier, signalé la forme bilieuse de la pneumonie que l'on confondait alors avec la pleurésie; mais c'est Stoll (2) qui, le premier, la décrivit plus complétement; il signala sa fréquence, et indiqua surtout les moyens thérapeutiques qu'on pouvait lui opposer avec avantage. Toutefois, il est facile de se convaincre que le célèbre professeur de Vienne a compris sous la dénomination de péripneumonie bilieuse, des cas de catarrhe pulmonaire aigu, et même de simple pleurodynie. Une pareille méprise était difficile à éviter à une époque où la science ne possédait pas encore la précieuse découverte de Laennec. Le même reproche s'applique à la plupart des nombreuses relations de pneumonies bilieuses, qui furent publiées par beaucoup d'auteurs à la fin du siècle dernier, et au commencement même du XIXe. Il paraîtrait qu'à ces époques la pneumonie bilieuse sévit avec une certaine intensité dans une grande partie de l'Europe; puisque la Société royale de médecine reçut, pendant les années 1782, 1783 et 1784, quatre-vingts mémoires ou relations d'épidémies de pneumonies bilieuses qui avaient régné dans plusieurs pro-

(1) *Historia hepatica*, t. I, p. 235. Genève, 1725.

(2) *Médecine pratique* (constitution des années 1776 et 1777).

vinces de France. Il est à regretter qu'aucun de ces travaux n'ait été publié, car il paraît que quelques-uns étaient rédigés avec beaucoup de soin, et contenaient des faits intéressants. Caille a eu la prétention d'en faire une analyse (1); mais cet auteur, négligeant tout ce qu'il pouvait y avoir de positif, s'est livré seulement à des discussions stériles sur la bile et les humeurs; de sorte qu'après la lecture de son rapport, il est impossible d'avoir aucune idée exacte de la maladie qu'il avait eu l'intention de décrire, et des travaux qu'il avait prétendu analyser.

Il est probable, cependant; que la pneumonie bilieuse n'a pas été aussi fréquente qu'on le dit, à la fin du dernier siècle; à cette époque, en effet, la plupart des médecins ayant accepté avec enthousiasme, ou plutôt ayant exagéré les idées de Stoll sur le rôle que la bile jouait dans la production des maladies, il est certain que beaucoup d'entre eux substituèrent la théorie à l'observation simple des faits; il est facile, d'ailleurs, de s'en convaincre par la lecture de leurs ouvrages.

Depuis longtemps déjà la pneumonie bilieuse se montre rarement, à Paris, même à l'état sporadique. C'est à peine si j'ai pu en recueillir dix cas pendant six années d'observation dans les hôpitaux de Paris. Ce n'est donc pas sans étonnement que j'ai lu, dans la clinique de M. Bouillaud (2), que ce professeur avait vu, à la même époque et pendant l'année 1836 seulement, la pneumonie présenter la forme bilieuse chez la moitié des malades dont il avait recueilli l'histoire. J'ai donc lu attentivement chacun des faits rapportés par l'auteur, et il m'a paru que les troubles digestifs qui furent notés ne pouvaient caractériser l'état bilieux tel que nous l'avons défini plus haut; c'est ce qu'il est aisé de reconnaître si l'on consulte surtout les première, sixième, treizième, quatorzième, dix-huitième, vingtième, vingt-quatrième et vingt-cinquième observations.

La lecture de ces faits démontrerait, je pense, à tous que, pour établir l'existence de l'état bilieux, il a parfois suffi à M. Bouillaud d'un ou de deux symptômes tout à fait insuffisants, je dirai presque insignifiants, tels que nausées ou vomissements passagers. J. Frank, d'ailleurs, a fait observer que fréquemment les pneumonies très-inflammatoires s'accompagnent d'un appareil de symptômes gastriques, et surtout de vomissements bilieux (3). Stoll lui-même, accusé

(1) *Société royale de médecine*, années 1782 et 1783, *Mémoires*, p. 37.

(2) *Clinique médicale*, t. II, p. 138.

(3) *Pathologie interne*, édition de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, par Bayle, t. IV, p. 181.

par ceux-là seuls qui ne l'ont jamais lu, de n'avoir vu partout que des effets de la bile, a, par contre, longuement insisté pour apprendre à distinguer les pneumonies et les pleurésies *bilieuses* des pneumonies et des pleurésies *inflammatoires*, car cette distinction importait beaucoup pour sa thérapeutique qui, quoi qu'on en ait dit, était loin d'être exclusive. Le célèbre professeur de Vienne a démontré (1) : 1° que l'*amertume* de la bouche pouvait manquer dans les pleurésies bilieuses, tandis que parfois on la rencontrait dans la véritable inflammation des poumons chez des malades qui n'avaient aucune affection bilieuse; 2° il signale, comme étant un symptôme également *incertain* et *commun à l'une et à l'autre maladie*, les *nausées* et les *vomissements* qui peuvent être excités sympathiquement par la phlegmasie des poumons. Quant à la teinte jaunâtre de la partie inférieure du visage, qui suffit à M. Bouillaud pour déterminer qu'il existe un état bilieux, c'est un caractère qui a peu de valeur, et comme le dit encore Stoll (2), il faut prendre garde que la couleur du visage ne nous fasse commettre des erreurs dans le diagnostic. Enfin on peut voir aussi que, dans les idées de M. Bouillaud, la jaunisse est confondue parfois avec l'état bilieux, et qu'il croit aisément à l'existence d'une pneumonie bilieuse dans les cas où la phlegmasie pulmonaire est seulement *compliquée d'ictère* (3). Il est inutile de faire remarquer que ce sont là deux états morbides tout à fait différents, quoique pouvant à la rigueur exister ensemble, et il importe beaucoup en nosologie, comme en thérapeutique, de les distinguer.

D'après les détails dans lesquels je viens d'entrer, on s'explique pourquoi M. Bouillaud regarde les pneumonies bilieuses comme étant très-communes à Paris. Il résulterait d'un relevé publié par un de ses élèves, que les pneumonies se compliqueraient d'un élément bilieux chez plus du quart des sujets (4) (ou 21 fois sur 75); mais je viens de prouver qu'il n'en est pas ainsi habituellement. Si j'ai tant insisté sur ce point, ce n'est pas assurément pour relever une erreur de pathologie, mais M. Bouillaud s'étant appuyé sur des faits que je crois insuffisants pour renverser des principes de thérapeutique sanctionnés par l'autorité des plus grands maîtres, M. Bouillaud invoquant les observations précédentes pour prouver

(1) *Médecine pratique*, constitution de l'année 1775, édit. de Mahon, t. I, p. 50.

(2) *Loc. cit.*, p. 51.

(3) Voyez, entre autres, l'observation vingtième, t. II, p. 104.

(4) *Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1840, t. VIII, p. 343.

que des pneumonies bilieuses étaient susceptibles de guérir par la méthode de traitement qu'il a prônée, j'ai dû démontrer qu'une pareille conclusion ne pouvait ressortir des faits qu'il invoquait à l'appui.

Le début de la pneumonie bilieuse a été brusque, et a surpris les individus au milieu d'une santé parfaite chez huit malades ; chez deux il y eut quelques symptômes précurseurs, et chez l'un d'eux, j'observai comme prodrome une bronchite légère, accompagnée de tous les signes de l'embarras gastrique. A l'exception de ce malade, chez lequel l'état bilieux a précédé la pneumonie de plusieurs jours, les troubles du côté des organes digestifs se sont déclarés en même temps que la pneumonie chez deux sujets, ou bien aux deuxième, troisième, quatrième ou cinquième jours, à dater de son début chez six, c'est-à-dire chez le plus grand nombre d'entre eux.

Quant aux symptômes généraux, j'ai noté que chez tous les malades, à l'exception d'un seul, le pouls était mou, faible, dépressible, et nullement en rapport, ni avec l'intensité de la maladie, ni avec la force apparente des individus. Dans la plupart des cas aussi, la chaleur de la peau était vive, sèche, parfois mordicante ; enfin, chez le tiers des malades, on remarquait un accablement, une prostration qui n'était nullement en rapport, ni avec l'étendue, ni avec le degré de la phlegmasie pulmonaire. La céphalalgie, toujours limitée au front, était gravative, et persistait plus longtemps que dans les phlegmasies ordinaires. A ces symptômes se joignait toujours une série de phénomènes indiquant un trouble du côté des organes digestifs : ainsi, tous les malades accusaient une saveur amère; la langue était, chez les deux tiers, chargée d'un enduit épais et jaunâtre, blanc chez les autres sujets ; chez tous il existait des nausées, des envies de vomir, et chez les deux tiers à peu près, il y avait eu une ou plusieurs fois des vomissements peu abondants, ou de simples régurgitations de matières acides et amères, qui toujours avaient été suivies de soulagement. La soif a varié, et semblait plutôt être en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile qu'avec l'état de l'estomac ; l'épigastre a été, chez trois malades, le siége d'une douleur notable qui augmentait par la pression, et qui céda après l'emploi des évacuants. Chez les trois quarts des sujets il y avait de la constipation ; chez les autres, il y eut quelques selles liquides peu abondantes, et ayant lieu ordinairement sans exciter de coliques. Chez un bon tiers des malades enfin, le teint était blême ou jaunâtre, et le facies plus ou moins souffrant ; chez les autres, l'expression était naturelle et ne s'éloignait pas des caractères qu'elle a dans les pneumonies franches.

Martin Solon (1), répétant les expériences de Baglivi (2) et de Berzelius (3), a vu, comme ces auteurs, que l'urine contenant les matériaux de la bile, et traitée par l'acide nitrique, donnait un précipité d'une couleur verte plus ou moins foncée. Martin Solon se fondait spécialement sur ce caractère de l'urine pour diagnostiquer l'état bilieux et établir l'indication de l'emploi des purgatifs. Les faits rapportés par Martin Solon n'ont pas, sous le point de vue thérapeutique, la valeur que cet habile médecin leur attribuait, et il est aujourd'hui prouvé surabondamment que la présence des éléments de la bile dans le sérum du sang et dans l'urine ne saurait à elle seule ni caractériser ce qu'on nomme l'*état bilieux*, ni surtout être la source d'une indication thérapeutique un peu positive.

La présence de la bile dans l'urine est, d'ailleurs, un phénomène que je ne crois pas fréquent; non-seulement je ne l'ai pas constaté chez quatre malades affectés de pneumonie bilieuse, mais encore je n'en ai trouvé aucun vestige dans l'urine de quinze autres sujets qui éprouvaient tous les symptômes de cette forme de l'embarras gastrique qu'on nomme bilieux. Enfin, chez quatre des malades qui eurent un ictère intense dans le cours d'une pneumonie, et dont l'urine fut traitée chaque jour par l'acide nitrique, je n'ai jamais pu déterminer de précipité ou de coloration verdâtre. Il faut, en effet, pour que l'acide nitrique produise ce résultat, que la bile soit en quantité assez considérable dans l'urine ; dans le cas contraire, il faut avoir recours à l'emploi combiné du microscope et des réactifs, et suivre, dans ces expériences délicates, les précautions qui ont été indiquées par M. le docteur Donné (4).

C'est surtout dans les pneumonies bilieuses que la marche de la maladie est subordonnée au traitement. On verra bientôt avec quelle rapidité on modifie l'état général et local lorsqu'on saisit à propos l'indication évacuante. Dans le cas contraire, la maladie suit la marche ordinaire, ou bien des accidents fâcheux se déclarent ; c'est ainsi que chez deux des malades, des symptômes typhoïdes graves succédèrent aux phénomènes bilieux, parce qu'on avait négligé le traitement rationnel. Il paraît que le passage de la pneumonie à l'état typhoïde a été fréquemment observé, surtout dans les cas où la maladie régnait épidémiquement, et lorsqu'on ne savait pas saisir à propos l'indication évacuante.

(1) *De l'albuminurie.* Paris, 1858, p. 432.

(2) *Opera med.*, p. 438.

(3) *Traité de chimie.* Paris, 1833, t. VII, p. 436.

(4) *Tableau synoptique sur les dépôts de l'urine.*

Après avoir décrit les symptômes propres à la forme bilieuse, et avant de rechercher le rapport qui peut exister entre la pneumonie et l'état bilieux, nous devons rechercher s'il est quelques circonstances individuelles ou extérieures qui favorisent, comme on l'a dit, le développement des pneumonies bilieuses.

1° *Influence de l'âge.* — La pneumonie bilieuse existe surtout dans la jeunesse et dans l'âge adulte; les malades chez lesquels je l'ai observée avaient de vingt à cinquante-sept ans, et la moitié d'entre eux était comprise dans la période de vingt à trente. Quoique les auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de la pneumonie des enfants et des vieillards, ne parlent pas de la forme bilieuse de cette maladie, il paraît cependant, d'après les recherches de N. Potter, professeur à l'université de Maryland (1), et du docteur Garvin (2), qu'on peut l'observer aux deux extrêmes de la vie; mais ces auteurs ont reconnu qu'elle s'y montre plus rarement que dans les autres âges; peu commune aussi dans la vieillesse, elle est presque inconnue dans l'enfance; c'est là un fait également signalé par M. Barrier (3).

2° *Sexes et races.* — D'après les médecins que je viens de citer, la pneumonie bilieuse serait plus commune chez l'homme que chez la femme; c'est aussi ce que mes observations semblent prouver.

Les auteurs américains ont dit que les sujets de la race nègre y étaient moins exposés que les blancs, assertion qui mérite d'être vérifiée.

3° *Constitutions, tempéraments.* — D'après les faits que je possède, la pneumonie bilieuse affecterait indifféremment les individus de toutes constitutions; quant à l'influence des tempéraments, elle est probablement nulle : toutefois, le plus grand nombre des malades portaient les attributs d'un tempérament mixte, lymphatico-sanguin. Je n'en ai vu aucun qui présentât cette réunion de caractères qu'on a dit caractériser le tempérament bilieux.

4° *Climats, pays, saisons.* — Nous ne possédons aucun renseignement positif sur l'influence des climats dans la production des pneumonies bilieuses. On voit cependant assez généralement qu'elle est plus commune dans les pays chauds. Toutefois les observations les plus nombreuses qui ont été publiées sur cette affection ont été recueillies dans des pays tempérés ou plus ou moins froids; c'est

(1) *Baltimore med. and surgical Journ. and Review* (janvier 1834).

(2) *Southern med. and surgical Journ.* (1837).

(3) *Maladies des enfants*, 2e édition, t. I, p. 294.

ainsi que Stoll l'a vue régner à Vienne, et nous avons dit aussi qu'elle s'était probablement montrée fréquemment dans les diverses provinces de la France; enfin, d'après les recherches du docteur N. Potter, elle existerait fréquemment dans divers états de l'Amérique du Nord, et surtout dans ceux où, indépendamment de l'influence délétère des malaria, on observe encore des variations brusques de température, circonstances qui donnent à la maladie les caractères les plus prononcés et la forme la plus grave. C'est pourquoi, dans les États du centre de l'Union, tous les phénomènes sont extrêmement développés, tandis que, dans tous les États situés à l'est, la maladie est beaucoup moins caractérisée. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, d'après le docteur Potter, la pneumonie bilieuse serait devenue très-commune dans les pays où auparavant elle était presque inconnue. Ainsi, dans l'État de Persey, et sur les rives de la Ware, elle y était fréquemment observée; il en était de même au midi du Potomac et dans tous les anciens établissements du sud, où elle se compliquait facilement d'accidents typhoïdes. La même disposition existait pour les États du sud-ouest.

On a dit que la pneumonie régnait plus particulièrement pendant la saison chaude. Si je consulte à ce sujet les dix faits que j'ai moi-même recueillis, je trouve que quatre ont été observés dans les mois de mai et de juillet, deux le furent en avril, enfin les quatre autres ont été vus en janvier et mars; d'où il suit que la pneumonie bilieuse s'est montrée avec une égale fréquence pendant des mois chauds (mai et juillet) et pendant des mois plus ou moins froids (janvier, février, mars); ce qui semblerait devoir faire élever quelque doute sur l'influence que les auteurs ont attribuée à une température élevée pour la production des pneumonies bilieuses. Mes observations, trop peu nombreuses pour pouvoir conclure, sont confirmées néanmoins par les résultats que Stoll avait déjà obtenus; c'est ainsi que si on lit la relation des maladies qui régnèrent à Vienne pendant l'année 1776, on voit que les pneumonies bilieuses ne se montrèrent ni en été ni pendant l'automne, mais qu'elles furent observées à la fin de l'hiver et pendant le printemps.

5° *Conditions hygiéniques.* — D'après J. Frank (1), la pneumonie affecterait surtout la forme bilieuse chez les individus mal nourris, ou qui font des excès, ou bien chez ceux qui ont éprouvé des chagrins. Mes malades ne paraissent pas avoir été soumis à aucune de ces conditions fâcheuses, à l'exception pourtant de deux d'entre

(1) *Prax.*, vol. secund , pars secund., p. 349.

eux qui se nourrissaient mal, et qui se livraient fréquemment à des excès alcooliques. D'après le docteur Garvin, il paraîtrait aussi que la pneumonie bilieuse affecterait plus spécialement les personnes qui ont éprouvé des fièvres intermittentes automnales. Suivant le même auteur, les individus qui, sans avoir contracté les fièvres d'accès, ont cependant été exposés aux émanations marécageuses, y seraient aussi plus sujets que ceux qui ont vécu dans des lieux salubres (1).

6° *Causes occasionnelles.* — La pneumonie bilieuse a, chez presque tous mes malades (les trois quarts), été consécutive à l'influence du froid. Celui-ci doit probablement agir dans la production de beaucoup de pneumonies bilieuses, soit sporadiques, soit épidémiques. Quant à la cause réelle qui fait prédominer les symptômes bilieux dans une pneumonie, il faut le plus souvent invoquer l'intervention d'une influence générale, inconnue, qui imprime aux maladies qui sévissent à une certaine époque, une physionomie ou un cachet particulier. C'est, en effet, à cette constitution *stationnaire* ou *fixe*, qu'il faut rapporter ce grand nombre de pneumonies bilieuses qui furent peut-être observées assez généralement en Europe, depuis 1776 jusqu'au commencement de ce siècle. D'autres fois, le caractère bilieux a eu une durée plus courte ; on en rapporte alors le développement à quelque influence de constitution annuelle. C'est ainsi qu'on a, dans ces cas, accusé les qualités de l'atmosphère, les vicissitudes de l'air, la direction des vents, etc., toutes circonstances qui, comme je l'ai dit précédemment, ne sauraient rendre compte de la fréquence de certaines maladies dans un temps donné, et moins encore du génie particulier que chacune d'elles présente.

Ainsi la pneumonie bilieuse est une de ces affections qui naît le plus souvent sous l'influence des constitutions épidémiques *stationnaires* ou *temporaires* dont je viens de parler. C'est ce qui explique sa fréquence à certaines époques, et sa rareté dans d'autres. Il paraît que depuis 1804 elle n'a guère été rencontrée à Paris qu'à l'état sporadique. Laennec, qui en avait observé de fréquents exemples quand il suivait la clinique de Corvisart, écrivait à la fin de sa carrière, que depuis vingt-trois ans, il n'en avait pas rencontré dans sa pratique de cas bien caractérisés (2). Je pourrais en dire autant pour la période qui s'est écoulée depuis que j'ai publié la première édition de ce livre.

(1) *Southern medical and Surgical Journal*, année 1837.

(2) Tome I, p. 542, 4e édition.

7° *Côté affecté.* — M. Bouillaud a cru (1) trouver un rapport entre le siége de la pneumonie et la forme qu'elle affecte. Il pense que la pneumonie droite est celle qui s'accompagne le plus fréquemment de phénomènes bilieux par la facilité qu'a la phlogose de s'étendre par contiguïté à la séreuse qui revêt le foie, et peut-être aussi à l'organe lui-même. A l'appui de son assertion, le professeur de la Charité dit que les douze cas de pneumonie qui lui ont offert des symptômes bilieux pendant l'année 1836, occupaient *toutes, sans aucune exception, le poumon droit.* Mais ayant prouvé précédemment qu'aucune des observations que M. Bouillaud a citées dans son ouvrage n'était un exemple de pneumonie bilieuse, il s'ensuit que la relation établie par lui ne saurait être acceptée comme démontrée. Le petit nombre de faits personnels que je puis analyser n'établirait d'ailleurs nullement la prédominance de la pneumonie droite lorsqu'elle affecte la forme bilieuse; en effet, dans les dix observations que j'ai recueillies, six fois la pneumonie siégeait à droite et quatre fois à gauche. Il ne faudrait pas pourtant en inférer que les pneumonies droites ont plus de tendance que les pneumonies gauches à se compliquer de symptômes bilieux, car nous avons vu que les premières sont naturellement beaucoup plus fréquentes que les secondes. Faut-il, avec M. Bouillaud, attribuer les symptômes bilieux à la propagation de la phlegmasie des poumons à la substance, ou tout au moins aux enveloppes du foie? C'est ce qu'il est impossible d'admettre, car dans les faits que j'ai vus, la pneumonie occupait le sommet d'un des poumons chez six malades; chez quatre seulement, elle était limitée à la base, et parmi ces derniers, trois fois la pneumonie siégeait à gauche.

8° *Nature de la maladie.* — Quelle valeur attribuer à l'embarras gastrique, quel est surtout son rapport avec la phlegmasie pulmonaire? Doit-on supposer, avec les médecins humoristes, et avec Stoll en particulier, que la bile en nature, pénétrant dans le torrent circulatoire, va agir directement sur les poumons pour les enflammer? Rien ne pourrait justifier une pareille assertion. Dans le plus grand nombre des cas, en effet, l'état bilieux ne se révèle que par un trouble particulier du côté des voies digestives, sans que les éléments de la bile imprègnent les solides, ou se trouvent dans les fluides. Ajoutons aussi que chez presque tous les malades les phénomènes bilieux se développent en même temps que les symptômes de pneumonie, ou bien ils sont consécutifs à ces derniers. On serait donc porté à croire que l'état bilieux constitue une simple com-

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 138.

plication de la pneumonie, qui augmente l'état de malaise, e qui pourrait exercer sur la marche de l'affection une influence défavorable. Cependant, en considérant les résultats heureux, et pour ainsi dire merveilleux, de la méthode évacuante, il semblerait naturel de supposer qu'il existe un rapport plus intime entre l'état bilieux et la phlegmasie du poumon, puisque nous avons vu plusieurs fois qu'il a suffi d'enlever l'*élément bilieux* pour faire disparaître aussitôt, ou peu de temps après, l'élément inflammatoire.

Je termine ici ce que j'avais à dire sur la pneumonie bilieuse. Lorsque j'exposerai le traitement de cette forme de la maladie, je rapporterai quelques observations, pour prouver l'efficacité de la méthode évacuante; ces faits compléteront alors la description que je viens de donner.

§ 2. — **Pneumonie typhoïde.**

(Formes adynamique et ataxique.)

Il y a une forme de pneumonie fort importante à bien connaître, dans laquelle les malades présentent cette série de symptômes généraux qu'on observe dans les fièvres continues ou de mauvais caractère. Les auteurs anciens lui ont donné les noms de *pestilentielle*, *nerveuse*, *putride*, *asthénique*, *adynamique*, *ataxique*, *maligne*, *érysipélateuse*, *typhode* ou *typhoïde*. Depuis la célèbre épidémie qui, en 1348, dévasta toute l'Europe (1), et que quelques-uns regardent comme un exemple de pneumonie pestilentielle, les médecins de toutes les époques ont donné l'histoire de plusieurs autres épidémies qui ont sévi dans diverses parties du globe. Quoique ces relations soient toutes fort incomplètes, quoique les auteurs, privés de nos moyens d'exploration, aient dû confondre sous une même dénomination des maladies fort différentes, on peut cependant se convaincre, d'après leurs descriptions, que dans la plupart des cas, il existait réellement une phlegmasie du parenchyme pulmonaire, puisqu'on trouve comme symptômes à peu près constants, le point de côté, l'oppression, la toux, les crachats visqueux, sanguinolents ou jaunes (*subflava*), j'ajouterai enfin que souvent le diagnostic fut confirmé par les ouvertures cadavériques.

Les médecins contemporains, et surtout les auteurs français, ont généralement négligé l'étude de la pneumonie typhoïde, tandis qu'en Angleterre elle a été le sujet de quelques travaux : ainsi le

(1) Schenkius, *Observationum medicinalium*, lib. VI, p. 855.

docteur Hudson (1) en a fait l'objet d'un mémoire, et W. Stokes (2) a présenté sur la même affection quelques considérations importantes.

J'ai recueilli quinze observations de pneumonies typhoïdes; c'est d'après leur analyse et leur comparaison que je ferai l'histoire de cette espèce de pneumonie, que je considérerai à l'état sporadique et à l'état épidémique. Pour ce dernier, je me servirai d'une excellente relation, inédite, envoyée à l'Académie de médecine par le docteur Eug. Torchet, et citée avec éloge par M. Piorry dans son rapport sur les épidémies de la France (3).

J'aurais pu réunir un plus grand nombre de cas de pneumonies typhoïdes, si, à l'exemple de W. Stokes (4), j'avais voulu me servir des observations de pneumonies secondaires qui étaient survenues dans le cours du typhus, de la fièvre typhoïde ou des érysipèles de mauvais caractère, des phlegmons diffus, de la phlébite. Evidemment, dans tous ces cas, la pneumonie ne constitue qu'une lésion secondaire ou qu'un épiphénomène d'une maladie générale, d'une infection de l'économie. Il ne doit être question ici que de ces pneumonies *primitives* qui, en raison de conditions individuelles ou atmosphériques, le plus souvent inconnues, s'accompagnent de cette série d'accidents graves qu'on rencontre dans les fièvres typhoïdes.

1° *Début.* — Je dirai bientôt que la pneumonie typhoïde paraît se développer sous l'influence de causes qui ont agi longuement et lentement sur l'organisme. La manière dont la maladie débute le plus souvent vient, jusqu'à un certain point, confirmer cette opinion. Chez plus des deux tiers de mes malades, j'ai en effet observé des symptômes précurseurs qui ont duré de un à quinze jours; chez la plupart, ils se sont prolongés pendant cinq ou six jours. La céphalalgie, le malaise général, et surtout un anéantissement des forces, étaient des phénomènes constants; c'étaient aussi ceux qui avaient le plus incommodé les malades; la fièvre était nulle ou peu considérable; chez quatre il y eut des épistaxis et un peu de dévoiement; tout faisait craindre chez ces sujets le développement d'une fièvre typhoïde, à laquelle leur âge et leur arrivée récente à Paris semblaient les prédisposer plus particulièrement.

Ce que je viens de dire pour l'état sporadique paraît être égale-

(1) *Dublin Journal*, vol. VII.

(2) *Loc. cit.*, p. 338 et suiv.

(3) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine.* Paris, 1838, t. VII, p. 149.

(4) *Loc. cit.*, p. 339

ment vrai lorsque la pneumonie typhoïde règne épidémiquement. Ainsi M. Torchet a vu rarement la maladie débuter brusquement; presque toujours elle fut annoncée par du malaise, par de la courbature, de la tristesse, des frissons, de la fièvre, une toux légère, la perte d'appétit, la diarrhée et par une céphalalgie sus-orbitaire. Ce dernier phénomène était presque constant. Dans quelques cas, l'influence épidémique ne provoquait que ces troubles ; ceux-ci cédaient alors au bout de quelques jours; mais généralement on ne tardait pas à voir les symptômes de la pneumonie leur succéder.

La maladie peut revêtir d'emblée la forme typhoïde; d'autres fois celle-ci succède à des symptômes franchement inflammatoires: dans ce dernier cas, les malades éprouvent une vive douleur pleurétique; l'oppression est grande, le pouls est large et fréquent, le sang qu'on retire de la veine est riche; son caillot est dense et couvert d'une couche épaisse; il y a, en un mot, tous les signes d'une vive réaction. C'est ce que j'ai observé chez trois de mes malades ; M. Torchet l'a également noté plusieurs fois dans l'épidémie qu'il a décrite. Dans la plupart des cas pourtant, les malades présentent, dès le début, des symptômes indiquant une altération plus ou moins profonde dans les fonctions du système nerveux. Celle-ci se révèle tantôt par un trouble très-grand dans les fonctions de relation, tels que délire, coma ou convulsions, tantôt par un affaiblissement considérable de la contractilité musculaire, et une prostration extrême des forces; je donnerai à la première variété le nom de pneumonie typhoïde *ataxique;* la seconde constitue la pneumonie typhoïde *adynamique.*

La forme *ataxique* a prédominé chez cinq malades. Une fois, il y a eu un délire violent; le plus souvent c'était un délire paisible, c'était plutôt du subdelirium. La figure exprime l'hébétude, la stupeur; les lèvres souvent tremblent, les muscles et la face sont souvent agités de contractions fibrillaires, et lorsqu'on tâte le pouls, le doigt perçoit des soubresauts de tendons; il peut même survenir une roideur tétanique des membres.

La forme *adynamique* est plus fréquente ; l'adynamie a été notée chez un bon tiers des malades, dès le début de la pneumonie; parfois même elle la précédait, et constituait, comme je l'ai dit plus haut, le phénomène prédominant. Chez les autres, les symptômes d'adynamie ne se déclarèrent, du moins à un certain degré, que vers le cinquième jour ou à la fin du premier septénaire. Les symptômes adynamiques sont plus ou moins intenses ; lorsque la maladie est bien dessinée, les traits sont immobiles, la face porte l'empreinte de la stupeur, les malades restent constamment couchés

sur le dos, leur faiblesse est très-grande, la contractilité musculaire est tellement altérée qu'ils ne peuvent rester debout à moins d'être soutenus par des aides ; quelques-uns même sont tellement prostrés qu'ils ne peuvent parvenir à se mettre sur leur séant, et si, les asseyant dans leur lit, on les abandonne à eux-mêmes, ils perdent aussitôt l'équilibre et retombent sur leur oreiller comme une masse inerte. Chez tous les vieillards, et dans un cas chez un sujet encore jeune, la langue se desséchait, elle finissait même par devenir noirâtre, fendillée, et les dents se couvraient de fuliginosités comme chez les sujets atteints de fièvres graves. Le ventre n'est pas ordinairement ballonné, mais il existe parfois, dès le début, une diarrhée fétide, sans coliques vives.

Le pouls n'était jamais au-dessous de 96 pulsations ; dans les derniers temps, sa fréquence s'élevait jusqu'à 120 battements. Dans ce dernier cas, il était petit, faible, dépressible, parfois intermittent ; chez quelques malades, à une époque où déjà la prostration était grande, j'ai été frappé de trouver un pouls dur, parfois dicrote et résistant. Si, dans ces cas, on faisait une saignée, le caillot était dense et recouvert d'une couenne ; une pareille remarque avait été faite autrefois par Huxham.

Si l'on examine ce qui se passe du côté des organes respiratoires, on trouve une oppression en général assez considérable ; il y a une douleur dans un des côtés de la poitrine, elle n'a manqué dans aucun cas ; mais elle était généralement diffuse, beaucoup moins intense que dans les pneumonies ordinaires ; parfois même, non accusée par les malades, elle ne se révélait que pendant les inspirations profondes. Les signes physiques ne sont pas sensiblement modifiés dans la pneumonie typhoïde ; dans la plupart des cas, en effet, on observe la crépitation ou le souffle, suivant le degré auquel la maladie est parvenue. Cependant, lorsque la prostration était très-grande, j'ai vu chez plus de la moitié des malades ces phénomènes présenter quelques modifications importantes à connaître. Dans le premier degré de la maladie, la crépitation était ordinairement plus grosse, plus rare, plus humide ; parfois même on n'entendait au niveau des parties malades aucune espèce de bruit, soit naturel, soit morbide ; mais forçait-on les malades à inspirer profondément, ou mieux encore, les faisait-on tousser, on percevait aussitôt un peu de crépitation, et le plus souvent aussi un souffle plus ou moins rude. Ces malades sont si prostrés, la contractilité musculaire est si affaiblie, que les inspirations sont incomplètes, attendu que la colonne d'air arrive à peine dans les vésicules enflammées.

Lorsque la pneumonie typhoïde règne seulement à l'état sporadique, il est rare d'observer une prostration aussi complète, à moins pourtant que la maladie n'affecte des individus déjà très-débilités, ou des sujets infirmes et avancés en âge. C'est ainsi qu'à l'hospice de la Salpêtrière, la forme *adynamique* ou *ataxo-adynamique* de la pneumonie sévit sur les vieilles femmes de cet établissement; elle affecte aussi les jeunes filles que des infirmités ont fait admettre dans cet hospice. Toutefois, chez celles-ci, la prostration est moins grande que chez les premières; mais les désordres du système nerveux sont plus tranchés; la forme ataxique l'emporte sur l'adynamique (1).

Toutes choses étant égales d'ailleurs, les symptômes typhoïdes sont beaucoup plus marqués lorsque la pneumonie sévit épidémiquement, ou lorsqu'elle règne sous l'influence de certaines constitutions médicales; ainsi, je n'ai jamais vu les symptômes adynamiques et ataxiques être aussi tranchés que pendant l'épidémie de grippe de 1837. Dans l'épidémie décrite par le docteur Torchet, les symptômes typhoïdes ont été portés à leur summum d'intensité chez plus du quart des malades, qui étaient d'une constitution débile, et qui avaient été épuisés antérieurement par la misère, par les privations, par le travail. Chez eux, les traits du visage portaient l'empreinte d'une stupeur profonde, les yeux étaient fixes, hagards, enfoncés dans l'orbite, les pupilles immobiles, dilatées ou contractées; l'ouïe était diminuée ou abolie; les membres étaient agités de tremblements, de soubresauts ou de mouvements désordonnés; la somnolence était continuelle, ou bien elle alternait avec de l'agitation et un délire tranquille; quelques malades avaient des hallucinations; ils répondaient juste mais lentement aux questions qu'on leur adressait. Du côté des organes digestifs, la langue était tremblante, parfois dure, noire, brune, raccornie, fendillée; les dents étaient encroûtées d'un enduit sec et brunâtre; mais dans la plupart des cas, les lèvres, la langue, les dents avaient leur couleur et leur humidité normales. On a vu, dans quelques cas, la déglutition se faire péniblement, le ventre, en général plat, était rarement le siége de météorisme et de gargouillement; plus souvent, les malades éprouvaient des coliques suivies de selles liquides, bilieuses ou roussâtres, et quelquefois involontaires. Il y a eu tantôt incontinence d'urine, tantôt au contraire rétention de ce liquide. Le pouls était en général petit, fréquent et dépressible; mais chez quelques sujets qui étaient dans un état comateux, le pouls, devenu plus

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 172.

lent, battait moins de 50 fois par minute; la peau était le siége d'une chaleur vive, sèche, insupportable pour les malades; on y remarquait quelquefois des pétéchies ou des ecchymoses, et les téguments qui recouvrent les saillies osseuses furent quelquefois frappés de mortification. Au milieu d'un appareil de symptômes aussi graves, les troubles des fonctions respiratoires n'avaient qu'une importance secondaire. En effet, la toux était rare et sèche, la sécrétion des crachats semblait suspendue; si le malade en rejetait quelques-uns, ils étaient blanchâtres, sans viscosité. Ils étaient rarement rouillés ou couleur jus de pruneaux.

La gravité des symptômes typhoïdes n'a aucun rapport certain avec l'étendue de la pneumonie. Si j'en jugeais seulement d'après les faits que j'ai observés, je dirais même que l'intensité des symptômes typhoïdes a été presque toujours en raison inverse de l'espace que la pneumonie occupait; circonstance qui doit faire admettre que l'inflammation pulmonaire ne constituait alors qu'un épiphénomène, qu'elle était la conséquence de quelque altération générale des solides ou des liquides de l'économie.

Lorsque la maladie se terminait par la guérison, on observait une diminution progressive dans les accidents les plus graves. Je n'ai pu remarquer aucun phénomène critique; il est vrai que l'examen de l'urine a toujours été négligé. La pneumonie typhoïde s'accompagnant d'une grande prostration des forces; la nutrition étant profondément pervertie, toutes les fonctions étant frappées de langueur et d'atonie, il semblerait naturel de supposer que la résolution de la pneumonie dût s'opérer beaucoup plus lentement que dans les cas où la phlegmasie a été accompagnée, pendant tout son cours, par des symptômes franchement inflammatoires. Stokes a soutenu cette opinion (1), et il ajoute que tous les cas de rétraction thoracique qu'il a vus, à la suite des pneumonies, ont été rencontrés par lui consécutivement à des pneumonies typhoïdes; le retrait du thorax lui semble, dans ces cas, résulter du peu d'activité de la résolution dans cette forme de la maladie. J'ai dit précédemment que tout me portait à croire que le rétrécissement du thorax consécutif à une pneumonie dépendait uniquement de ce que cette affection s'était compliquée d'un épanchement pleurétique, toujours plus long à se résorber. Quant à moi, je n'ai pas observé que le poumon revînt plus lentement à son état normal après la pneumonie typhoïde, qu'après toute autre forme de la maladie. Un tiers des malades ne présentait plus aucun phénomène morbide

(1) *Loc. cit.*, p. 336.

stéthoscopique ou de percussion lorsqu'ils ont quitté l'hôpital; chez les autres, il y avait encore un peu d'obscurité de son, ou seulement une élasticité moindre; le bruit respiratoire y était plus faible; mais ces phénomènes n'étaient pas plus marqués ni plus fréquents chez ces malades que sur ceux qui étaient convalescents d'une pneumonie franchement inflammatoire. Toutefois, je ne puis parler ici que des pneumonies que j'ai observées, et dans lesquelles les symptômes d'adynamie, quoique très-marqués, n'ont pourtant pas été portés à un degré extrême, comme on le vit chez les malades de M. Torchet. Il est très-possible, en effet, que si j'eusse observé des pneumonies pareilles à quelques-unes de celles qui régnèrent à Noyers, en 1836, j'aurais peut-être noté que la résolution de l'engorgement pulmonaire se faisait beaucoup plus lentement que dans les autres espèces de pneumonie. Mais ici la théorie ne saurait suppléer à l'observation des faits.

Après avoir décrit les symptômes et la marche de la pneumonie typhoïde, il nous reste à rechercher quelles sont les causes individuelles ou extérieures qui peuvent en favoriser le développement.

1° *Age.* — Les auteurs qui se sont occupés de la pathologie de l'enfance ne disent pas si, à cet âge, la pneumonie revêt fréquemment la forme typhoïde. D'après les faits que j'ai moi-même recueillis, il semble résulter que cette variété de la pneumonie se montrerait surtout de dix-huit à trente ans, et de cinquante-cinq à soixante-dix ans, et à peu près également chez les sujets appartenant à ces deux catégories, tandis qu'elle serait beaucoup plus rare dans l'âge adulte. La constitution épidemique peut modifier ce résultat. C'est ainsi que dans l'épidémie décrite par M. Torchet, la maladie montra une sorte de prédilection pour les enfants et pour les jeunes gens, puisque sur 124 malades dont ce médecin a recueilli l'histoire, le plus grand nombre ou 91 appartenaient à des sujets ayant moins de vingt-cinq ans, 45 d'entre eux étaient au-dessous de quinze ans.

2° *Sexe.* — La pneumonie typhoïde semble être également beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme : sur mes 15 malades, 14 appartiennent au sexe masculin. Toutefois, dans les épidémies, on peut observer le contraire. Ainsi, M. Torchet a vu que, dans l'épidémie de Noyers, les femmes avaient été affectées en plus grand nombre que les hommes, tandis qu'une pneumonie typhoïde qui, vers le milieu du siècle dernier, sévit à Valenciennes, n'affecta guère que les soldats de la garnison (1).

(1) *Journal de médecine*, septembre 1757.

3° *Constitution, tempérament.* — Les onze douzièmes de mes malades étaient d'une constitution grêle et chétive, d'un tempérament lymphatique; un seul était doué d'une forte constitution et avait les attributs du tempérament sanguin. Des résultats à peu près semblables ont été obtenus par M. Torchet.

3° *Conditions hygiéniques.* — Un tiers de mes malades avait été affaibli par des privations, par des chagrins, des excès ou par des maladies antérieures; trois faisaient fréquemment des excès alcooliques. Ces diverses causes exercent surtout une grande influence dans la production des pneumonies typhoïdes épidémiques; c'est ce que M. Torchet a observé dans l'épidémie de Noyers. Le docteur Mackintosh (1) a vu également une forme typhoïde dominer, pendant la guerre, parmi les troupes cantonnées sur les côtes et dans les garnisons, où le service était pénible. Les soldats étaient alors souvent frappés pendant la faction de la nuit, et la maladie sévissait spécialement chez ceux qui faisaient abus des liqueurs alcooliques. Les recherches de W. Stokes (2) semblent également démontrer que la pneumonie typhoïde est fréquente chez les ivrognes; l'habile médecin de Dublin paraît, en effet, l'avoir fréquemment observée chez les sujets atteints de *delirium tremens.*

Tout ce qui précède explique pourquoi la pneumonie typhoïde est observée plus fréquemment dans les hôpitaux que dans la pratique privée; elle se montre parfois à l'état sporadique ou épidémique dans les hospices de vieillards (3), et tout porte à croire que la fièvre adynamique, que Pinel présentait comme endémique à la Salpêtrière, n'était, dans la plupart des cas, qu'une variété de la pneumonie typhoïde.

4° *Pays, saisons.* — La pneumonie typhoïde est fréquente à Dublin; elle y règne parfois épidémiquement; elle est moins commune à Paris, du moins dans les hôpitaux d'adultes. On l'observe le plus souvent pendant les mois de février et de mars, lorsque l'atmosphère est humide et froide.

5° *Causes déterminantes.* — Le refroidissement n'a agi comme cause déterminante, que chez 2 malades seulement. Si, lorsque la maladie est sporadique, elle se développe le plus souvent spontanément, il en est, à plus forte raison, de même dans les cas où elle règne épidémiquement. C'est ainsi que M. Torchet observe que,

(1) *Elements of pathol.*, 2e édit., vol. I, p. 420.

(2) *Loc. cit.*, p. 342.

(3) *Journal des connaissances médic.-chirurg.*, année 1834, et *Archives*, t. XII, p. 170.

dans l'épidémie dont il a donné l'histoire, les causes occasionnelles sont restées le plus souvent ignorées, et que rarement il a pu constater que la maladie était venue à la suite d'un refroidissement. Il résulte de là que les phénomènes typhoïdes semblent se développer sous l'influence d'une prédisposition et de causes dont l'action a été longue et obscure.

6° *Contagion.* — Je n'ai observé aucun fait capable de prouver, ou même de faire soupçonner la nature contagieuse de la maladie. Si, dans quelques épidémies, on a vu la pneumonie sévir plus spécialement dans certains quartiers ; si quelquefois tous les habitants d'une même maison ou des maisons voisines ont été atteints successivement, rien ne prouve que ce soit là un effet de contagion. Dans l'épidémie de Noyers, M. Torchet n'a pu trouver aucun fait favorable à la doctrine de la contagion, quoiqu'il ait fait à ce sujet beaucoup de recherches ; il observe que parmi les personnes qui avaient avec les malades des rapports journaliers, celles qui les soignaient, les médecins qui les touchaient, qui les auscultaient sans stéthoscopes, l'oreille immédiatement appliquée sur leur linge imbibé de sueurs, aucune cependant ne fut atteinte de la maladie régnante.

Siége. — Chez les neuf douzièmes de mes malades, la pneumonie occupait le poumon droit et, chez les deux tiers d'entre eux, elle était limitée au lobe supérieur. M. Torchet a observé à peu près la même fréquence des pneumonies droites, puisqu'il a calculé qu'elles existaient dans les neuf dixièmes des cas. Stokes, au contraire, a noté que les pneumonies typhoïdes qui survenaient chez les ivrognes atteints du *delirium tremens*, occupaient communément le poumon gauche, et particulièrement le lobe inférieur ; d'où il a conclu que les pneumonies gauches revêtaient plus fréquemment que les droites la forme typhoïde (1) ; assertion qui demanderait à être appuyée de quelque preuve plus positive.

Plus tard, lorsque je rechercherai quel est le mode de traitement qu'on doit employer dans les cas de pneumonie typhoïde, je rapporterai quelques observations particulières pour justifier certains préceptes de thérapeutique, et l'on trouvera là le complément de ce que je viens de dire.

(1) *Loc. cit.*, p. 318.

§ 3. — De la broncho-pneumonie ou pneumonie catarrhale.

(Synonymie : Pneumonie lobulaire généralisée. — Fausse péripneumonie; peripneumonia notha ; péripneumonie bâtarde.)

A dater du XVIe siècle surtout, on rencontre plus souvent dans les descriptions des auteurs qui traitent de la pneumonie, des détails qui appartiennent moins à l'inflammation légitime du poumon qu'à une forme de catarrhe pulmonaire grave, souvent très-rapide dans sa marche, quelquefois moins prompte, mais tuant après des symptômes d'asphyxie lente plutôt que d'asphyxie très-aiguë, présentant d'assez grandes irrégularités, de fréquentes intermittences, mais sans type déterminé ; donnant souvent l'idée d'une affection très-bénigne d'abord, et se terminant parfois presque brusquement, du moins en quelques heures, par la mort. C'était à peu près exclusivement chez les vieillards, chez les gens obèses ou affaiblis, qu'on signalait cette affection comme fréquente, tandis qu'on la considérait comme étant à peu près inconnue dans le jeune âge.

Il faut arriver jusqu'à Sydenham pour trouver quelque chose d'un peu moins obscur ; ce fut lui, en effet, qui séparant pour la première fois cette affection de la pneumonie vraie, lui consacre un court article sous le titre de *fausse pneumonie* (1) ; mais si on lit la description du médecin anglais, on verra qu'il s'agit bien moins d'une affection grave, insidieuse dans sa marche, que d'un catarrhe plus ou moins intense. La description donnée par Boerhaave et par Van Swieten est de beaucoup supérieure à la précédente, le caractère si insidieux de la maladie y est surtout parfaitement signalé (2); Boerhaave et Van Swieten ont été bien supérieurs à Lieutaud, qui a cependant critiqué la description de ses deux illustres devanciers. Ce que dit Morgagni (3) ne se rapporte-t-il qu'à la pneumonie fausse? Je ne le crois pas, car si Vallisnieri paraît avoir réellement succombé à une broncho-pneumonie, il n'en est pas de même de Coralli (de Bologne), manifestement emporté par une pneumonie lobaire du sommet qui fut latente, comme elle l'est si souvent chez les vieillards. Cullen n'ajoute aucun trait nouveau aux descriptions données avant lui, mais il cherche à justifier la place que doit avoir dans le cadre nosologique la *fausse pneumonie*, comme il la nomme; il ne veut pas qu'on se laisse impressionner par les descriptions peu concordantes entre elles des

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 416, édit. de Baumes.

(2) *Précis de médecine pratique*, t. I, p. 361, 4e édit. Paris, 1776.

(3) Vingt et unième lettre, § 10 et suivants.

médecins qui l'ont précédé, car il reconnaît que les symptômes de cette affection varient et se combinent de diverses façons chez le même individu (1). C'est, en effet, parce que les descriptions données n'étaient pas très-nettes qu'on a vu plus tard des nosographes éminents, comme P. Frank (2) et Pinel (3), ne plus signaler la pneumonie fausse que comme une simple affection catarrhale des bronches; Laennec lui-même range manifestement la maladie dont nous parlons dans les diverses variétés du catarrhe suffocant.

Plusieurs médecins français, nos contemporains, étudiant les affections aiguës de poitrine chez les enfants, avec plus de rigueur qu'on ne l'avait fait jusqu'à eux, reconnurent que beaucoup de jeunes sujets succombaient rapidement avec des symptômes de bronchite très-aiguë, occupant la généralité des bronches les plus ténues, et offraient à l'autopsie des lésions pulmonaires très-diverses; là de simples congestions, plus loin une splénisation manifeste, ailleurs des lobules indurés; aussi fut-on porté à faire de cet état une forme de pneumonie spéciale à l'enfance, spéciale surtout aux enfants âgés de moins de cinq à six ans, qu'on décrivit sous les noms de *pneumonie lobulaire*, de *pneumonie lobulaire généralisée* (Rilliet et Barthez), de *pneumonie pseudo-lobaire* (Barrier), parfois de *bronchite capillaire* (Fauvel) (4). Plus tard ces noyaux disséminés furent autrement appréciés. Legendre, nous l'avons dit déjà, ne regarda pas ces noyaux comme formés par les lésions qui caractérisent la pneumonie dans ses divers degrés, mais il crut qu'ils étaient seulement constitués par des vésicules affaissées et revenues à ce qu'elles sont à l'état fœtal. Nous nous sommes expliqué sur ce point, page 32. Rappelons seulement encore que s'il en est ainsi fréquemment, cependant souvent aussi il existe, dans les poumons de ceux qui succombent avec les symptômes que nous allons décrire, des noyaux véritablement enflammés et pouvant présenter la succession des lésions qu'on rencontre dans la pneumonie lobaire, c'est-à-dire depuis l'engouement et l'hépatisation rouge jusqu'à l'ab-

(1) *Éléments de médecine pratique*, édit. de Bosquillon, t. I, p. 266. Paris, 1785.

(2) *Médecine pratique*, édit. de Goudareau, t. I, p. 161.

(3) *Nosographie*, t. II, p. 282, 6e édit.

(4) Léger, thèse inaugurale, année 1823. — Lanoix, thèse, année 1825. — Burnet, *Journal hebdomadaire*, année 1833. — Gerhard, *The American Journal*, année 1834. — Rufz, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1835. — Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. — Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*, t. I. — Barrier, *Maladies des enfants*, t. I. — Legendre, *Recherches anatomo-pathologiques*, p. 157. Paris, 1846.

cédation. Mais ce qui caractérise surtout l'anatomie pathologique de la broncho-pneumonie, ce n'est pas une lésion unique, ce sont des lésions multiples : phlegmasie des petites bronches, congestions à divers degrés du tissu pulmonaire, imperméabilité d'un nombre plus ou moins grand de lobules par simple affaissement de tissu, ailleurs par phlegmasie véritable; il importe de rappeler encore ces faits pour bien comprendre la signification des symptômes locaux et l'apparente bizarrerie que leur marche présente.

En continuant d'observer, on ne tarda pas pourtant à reconnaître que les lésions dont je parle n'étaient pas spéciales à la première enfance, et qu'à l'autre extrême de l'existence, chez les vieillards et souvent aussi à tout âge chez des individus souffreteux ou malades, on les observait fréquemment et qu'elles se rattachaient à la même expression symptomatique; c'est ce qu'ont parfaitement démontré Gillette (1) et M. Roccas (2). Dans certaines constitutions médicales, cette forme de la phlegmasie pulmonaire peut se montrer également dans l'âge adulte, c'est ce que j'ai vu en 1837. Pendant l'épidémie de grippe qui, à cette époque, régna à Paris, les pneumonies accrurent tout à coup en nombre, et présentèrent en même temps une physionomie spéciale sur laquelle j'attirai le premier l'attention (3).

Symptômes. — Le début de la broncho-pneumonie n'est pas, en général, brusque et franc comme l'est celui de la pneumonie légitime. Il est souvent d'autant plus difficile de le fixer d'une manière précise, que les individus, si ce sont des vieillards, sont souvent atteints, depuis un temps plus ou moins long, d'affections catarrhales. Quoi qu'il en soit, au début de la maladie, il y a souvent des frissons, mais presque jamais on ne constate ce frisson violent avec claquement de dents, qui marque si communément le début de la pneumonie primitive; presque toujours ce ne sont que des horripilations pouvant se montrer plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et durant plusieurs jours sans régularité bien accusée. Il survient aussitôt un état fébrile plus ou moins intense, moindre pourtant que dans la plupart des pneumonies primitives. Le malade tousse et accuse ces douleurs sternales qu'on observe si souvent dans les bronchites un peu intenses ; il n'est pas rare aussi de voir en même temps un état fluxionnaire analogue vers d'autres

(1) *Supplém. au Dictionnaire des dictionnaires*, art. MALADIES DES VIEILLARDS, p. 888.

(2) Thèses de Paris, année 1850.

(3) *Presse médicale* du 15 février.

muqueuses : rougeur des yeux, coryza, ardeur à la gorge, enrouement, céphalalgie frontale vive, que la toux redouble. Il y a aussi un état de courbature générale, parfois des douleurs musculaires ; le mouvement fébrile s'accompagne d'exacerbation et d'agitation nocturnes. L'inappétence est complète, la langue présente un enduit épais, blanchâtre; les urines sont rares, rouges, ou bien sans changements notables. En un mot, il n'existe d'abord qu'un état catarrhal prouvé d'ailleurs par l'examen de la poitrine, qui offre partout sa sonorité normale; partout aussi existent des râles sibilants et ronflants et un plus ou moins grand nombre de bulles de râles sous-crépitants prédominant surtout à la base des deux poumons. La toux est quinteuse, parfois sèche, amenant le plus souvent des crachats muqueux, en général plus visqueux qu'ils ne sont dans les bronchites ordinaires, pouvant être même plus suspects encore lorsqu'ils présentent partiellement une très-légère teinte rouillée.

En somme, dans la majorité des cas, il n'existe au début que des symptômes d'une affection catarrhale bénigne, et l'idée de pneumonie ne vient à l'esprit que lorsque, à part les crachats rouillés toujours caractéristiques, il existe un appareil fébrile plus considérable disproportionné avec l'état local, et qui doit en effet donner l'idée d'une maladie plus grave ; or, une pneumonie latente est la supposition qui doit être faite aussitôt.

Cet état peut rester stationnaire pendant quelques jours, puis on voit, même lorsque l'état général ne s'aggrave point, les phénomènes locaux accuser beaucoup mieux une lésion plus ou moins profonde du parenchyme lui-même.

La percussion ne donne nulle part de la matité, mais l'élasticité et la sonorité sont moindres, elles peuvent être diminuées partout; le plus souvent elles ne le sont qu'à la base et presque toujours des deux côtés à la fois, ce qui fait qu'on manque alors d'un point de comparaison ; mais en percutant, ou plus haut ou latéralement, on saisira aisément la nuance qui existe, et qui d'ailleurs se révélera facilement à une main exercée.

A l'auscultation, disions-nous tantôt, on n'entend que les râles caractéristiques de la bronchite, c'est-à-dire des râles sibilants et ronflants plus ou moins généralisés, parfois si bruyants qu'ils masquent les râles bullaires qui existent toujours, c'est-à-dire les râles muqueux et surtout sous-crépitants qui ont pour siége de prédilection à peu près constant la base des deux poumons, mais qu'on trouve également disséminés un peu partout, prédominant pourtant dans certains points qui varient communément d'un jour à l'autre, souvent du matin au soir. Presque jamais on ne constate

la crépitation fine, sèche, nombreuse, caractéristique de la pneumonie au premier degré.

Ce sont là, bien souvent, les seuls signes stéthoscopiques que l'on trouve pendant plusieurs jours et même pendant une ou plusieurs semaines; cependant, presque toujours, il existe tôt ou tard, mêlée aux râles, une respiration plus ou moins soufflante, mais qui n'acquiert jamais la rudesse du souffle produit par la pneumonie vraie. Il en est de même de la voix qui retentit davantage en ce point, sans offrir pourtant jamais le caractère bronchophonique qu'elle a dans la pneumonie phlegmoneuse. De même que les râles, le souffle et le retentissement de la voix sont remarquables par leur inconstance et par leur mobilité, c'est-à-dire qu'on les voit cesser, puis revenir d'un jour à l'autre et exister dans des points divers du poumon. Pendant presque toute la durée de l'affection, les malades conservent une toux quinteuse, plus ou moins fatigante, qui provoque l'expulsion de crachats non homogènes; les uns sont grisâtres, muqueux; d'autres purulents, souvent très-visqueux; ils sont mêlés, dans un tiers des cas, à des crachats franchement pneumoniques; ceux-ci, d'ailleurs, existent toujours en proportion beaucoup moindre que les crachats fournis par les bronches, de manière que si ces derniers sont très-abondants, ils peuvent aisément masquer les autres, et il faut souvent agiter le crachoir pour les découvrir.

Les malades n'ont presque jamais de point de côté, mais seulement des douleurs vagues, contusives dans la poitrine; ils ont plus ou moins d'oppression; celle-ci peut être extrême; dans tous les cas, ce symptôme est plus accusé qu'il ne l'est dans la plupart des pneumonies légitimes. Cette différence s'explique aisément, si l'on réfléchit que dans la pneumonie phlegmoneuse il n'y a qu'une portion de poumon qui soit imperméable, tandis que dans la broncho-pneumonie, si l'altération est moins profonde, elle est en revanche très-étendue; elle est, en un mot, plus ou moins généralisée.

La broncho-pneumonie est toujours fébrile, mais elle l'est ordinairement à un degré moindre que la pneumonie franche. Le pouls est ordinairement mou; on a dit qu'il était fréquemment intermittent: cela n'est vrai que pour la broncho-pneumonie du vieillard, et cela s'explique moins par le caractère de l'affection que par les complications cardiaques fort communes à cet âge. La chaleur de la peau est plus ou moins vive; elle est souvent assez âcre au toucher. Les uns ont avancé que le sang était couenneux, d'autres ont prétendu le contraire; il n'y a rien d'absolu à cet égard. A supposer qu'aucune circonstance extérieure n'ait exercé d'influence sur la

coagulation du sang, on peut dire que le sang est généralement peu couenneux dans la broncho-pneumonie, et qu'il n'y a aucune comparaison à établir avec la couenne épaisse qu'on trouve sur les caillots des saignées faites pour une pneumonie légitime ou phlegmoneuse.

Les voies digestives participent toujours plus ou moins à ce trouble général de l'économie : la soif est variable, mais l'inappétence est à peu près complète ; la langue, humide, recouverte d'un enduit épais blanchâtre, devient, le plus communément, aride, sèche, raboteuse, souvent noirâtre chez les vieillards ; la plupart de ces derniers sont constipés.

La céphalalgie vive qui existe au début ne persiste guère, du moins aussi intense, au delà de quelques jours ; beaucoup ont de l'insomnie.

Il y a parfois du délire ; mais il a rarement une grande violence ; c'est plutôt un subdelirium fugace, quelquefois continu. Toutes les forces se prostrent rapidement, et l'on voit se développer plus ou moins vite l'appareil symptomatique qu'on trouve dans les maladies à forme adynamique.

La broncho-pneumonie, une fois établie, n'a pas une marche régulière, c'est même là un trait presque caractéristique de cette affection ; nous avons vu, en effet, combien les phénomènes locaux offraient de mobilité et d'inconstance. Il en est de même de l'état fébrile qui diminue, puis qui redouble pour diminuer encore, enfin pour cesser presque complétement, de manière à faire espérer une convalescence prochaine. Mais combien souvent cet espoir est promptement déçu ! Il suffit en effet, souvent, d'une demi-journée ou de vingt-quatre heures pour que tout à coup et sans cause appréciable la fièvre redouble, sans acquérir pourtant la violence qu'elle a souvent dans la pneumonie aiguë ; la dyspnée augmente, en même temps que la sécrétion des crachats diminue, les traits s'altèrent, l'intelligence s'obscurcit ; il survient du délire, de la somnolence, et les malades succombent lentement asphyxiés.

Chez ceux qui guérissent, on voit les accidents généraux diminuer, les phénomènes locaux s'amender, mais persister longtemps encore, d'autant plus que souvent la maladie est venue s'enter sur un catarrhe ancien que l'affection n'a le plus communément point amendé. En somme, dans les cas qui ont une heureuse issue, la maladie est un peu plus longue et la convalescence moins franche que dans la pneumonie légitime.

Je viens de décrire la broncho-pneumonie *vulgaire*, si je puis parler ainsi ; mais, en ayant égard à la marche seule de l'affection, on

doit admettre encore une forme *lente*, quasi chronique; et une forme *suraiguë*, nommée, par quelques-uns, *asphyxique*.

En effet, la maladie, au lieu de se terminer favorablement ou d'une manière funeste dans l'espace indiqué plus haut, se prolonge souvent bien au delà, c'est-à-dire pendant vingt, trente jours, davantage même, et cela quel que soit l'âge des individus, présentant alors d'un jour à l'autre des changements considérables dans l'état local et dans l'état général, changements tels, que souvent on croit toucher à la convalescence; mais des accidents nouveaux ne tardent pas à faire perdre cette illusion. C'est après ces intermittences, qui n'offrent d'ailleurs aucune régularité, que les forces déclinent peu à peu, une teinte bleuâtre asphyxique se montre à la face et sur les membres, puis les malades s'éteignent en quelque sorte, ou bien ils sont emportés violemment en quelques heures, en moins de temps encore, par une aggravation subite des symptômes.

Il arrive, parfois, qu'au lieu de cette marche lente, la maladie en a une rapide, presque foudroyante; c'est en quelques jours, et chez quelques vieillards c'est en peu d'heures, que la mort survient au milieu d'une anxiété très-grande, d'une orthopnée considérable; la gravité insolite de la maladie, la marche foudroyante qu'elle a, s'expliquent par l'étendue, sinon par la profondeur des lésions. Ici c'est la bronchite qui prédomine; les bronches dans toute leur étendue sans affectées; elles le sont surtout dans leurs ramifications les plus ténues; le boursouflement de la muqueuse, plus loin les mucosités accumulées, empêchent l'air d'avancer dans les vésicules, aussi les malades meurent-ils asphyxiés. C'est bien la bronchite capillaire qui tue les malades; mais on trouve çà et là, dans les poumons, qui sont universellement engoués, des points ramollis, signes anatomiques d'une pneumonie qui s'est révélée souvent, pendant la vie, par une expectoration caractéristique.

Le tableau que je viens de tracer de la maladie, de ses formes principales, est à peu de choses près le même aux différents âges de la vie, au point de vue anatomique comme sous le rapport symptomatique.

§ 4. — Pneumonies périodiques.

Dans la première édition de ce livre, me fondant sur des faits irrécusables, j'avais établi, contrairement à l'opinion commune, que la pneumonie, au lieu de suivre une marche continue, pouvait se montrer avec un des types des fièvres palustres, reconnaître pour cause la même infection miasmatique, et céder promptement à

la même médication spécifique. C'est à tort que quelques-uns de nos contemporains émettent encore des doutes à cet égard.

Comme je l'avais fait déjà, je décrirai une forme *intermittente* et une forme *rémittente*.

1° *Pneumonie intermittente.* — Plusieurs des médecins qui ont écrit sur les fièvres périodiques, surtout sur les fièvres pernicieuses, ont rapporté un certain nombre d'observations pour prouver que, dans quelques cas, la pneumonie a pu se montrer avec un des types propres aux fièvres intermittentes. Ainsi Morton (1) dit avoir vu fréquemment que la fièvre intermittente pernicieuse se masquait sous la forme d'une pneumonie ou d'une pleurésie extrêmement grave. J. Frank (2) rapporte qu'il a observé assez souvent des pneumonies périodiques dont les accès étaient séparés par des apyrexies de six, huit et quelquefois vingt-quatre heures. Le même auteur ajoute qu'un de ses malades, atteint d'une fièvre tierce doublée, avait des accès qui étaient marqués tous les deux jours par des symptômes de pneumonie. En France, un assez grand nombre d'auteurs ont signalé des faits analogues; Mouton a publié (3) une observation qu'il a intitulée : *Pneumonie intermittente, affectant le type quotidien.* Arloing a également rapporté (4) l'histoire de deux pneumonies intermittentes, dont l'une aurait affecté le type tierce, l'autre, d'une authenticité fort contestable, aurait été l'exemple unique d'une pneumonie intermittente quintane. Parmi les médecins plus modernes, nous trouvons Laennec, qui a vu deux fois au moins la pneumonie constituant le symptôme prédominant d'une fièvre pernicieuse; dans ces cas, la maladie était caractérisée par du râle crépitant très-intense et par des crachats glutineux (5). Alibert (6) admettait aussi l'existence de fièvres pernicieuses intermittentes, pneumoniques ou pleurétiques, moins sans doute d'après son expérience personnelle que d'après l'autorité des auteurs qui l'avaient précédé. Fleury dit avoir vu assez fréquemment cette forme de la pneumonie à Rochefort, et il en rapporte une observation détaillée (7). Le docteur Chauffard père a noté que dans le midi de la France on observait beaucoup de fièvres

(1) Rich. Morton, *Opera med. hist.*, XXI. Lugdini, 1737.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 352.
(3) *Annales cliniques de Montpellier*, t. XXVII, p. 133, année 1812.
(4) *Journal général de médecine*, t. LVIII.
(5) *Auscultation*, t. I, p. 591, 4e édition.
(6) *Traité des fièvres pernicieuses*. Paris, 1820, p. 57.
(7) *Journal général*, t. LIV, p. 354.

intermittentes pernicieuses, accompagnées de phlegmasies thoraciques, assertion d'ailleurs en faveur de laquelle cet auteur n'a fourni aucune preuve précise (1). Le docteur A. Bonnet, de Bordeaux (2), cite deux faits comme étant des exemples de pneumonie intermittente pernicieuse ayant le type quotidien. MM. Delourmel (3), Grégoire (4), Roche et Bucquoi (5), Cazentre, de Bordeaux (6), F.-G. Maillot (7), Blaud (8), Chardon (9), Puntous (10), Corbin (11), Mondière (12), Rouxeau (13), Saillard (14), Catteloup (15), etc., etc., ont rapporté des faits analogues. J'ai étudié la plupart de ces observations, et je me hâte de dire que toutes ne sont pas convaincantes; pour beaucoup, le diagnostic est incertain. C'est ainsi que Morton, Arloing, Mouton, ont cru à l'existence d'une pneumonie, par cela seul que les malades avaient éprouvé pendant l'accès, et surtout pendant le frisson, une douleur vive dans un des côtés de la poitrine, accompagnée d'oppression, de toux, symptômes qui peuvent exister très-assurément dans toute autre affection que la pneumonie. Il est à regretter que des auteurs contemporains aient publié des observations presque aussi peu précises. C'est ainsi que si les deux faits rapportés par M. A. Bonnet sont des exemples de fièvre intermittente pneumonique, ils ont néanmoins perdu une partie de leur intérêt, parce que l'auteur a négligé de donner les résultats fournis par la percussion et par l'auscultation. Je n'attache pas non plus une haute valeur aux observations de Fleury et de Cazentre, ni à celles de

(1) *Traité des infl. internes.* Paris, 1831, t. II, p. 253 et 255.

(2) *Traité des fièvres intermittentes,* observ. n° 28, p. 76, et observ. n° 118, p. 386. Paris, 1835, 2e édit., 1853.

(3) *Archives*, avril 1829, p. 255.

(4) *Mémorial des hôpitaux du Midi*, année 1829.

(5) *Nouv. élém. de pathol. méd.-chirurg.*, 3e édit. Paris, 1833, t. I, p. 440.

(6) *Lancette*, t. VIII, année 1834.

(7) *Traité des fièvres.* Paris, 1836, observ. 24, p, 126.

(8) *Revue médicale*, t. III, p. 7.

(9) *Gazette médicale*, année 1834, p. 253.

(10) *Revue médicale*, année 1834, t. III, p. 55.

(11) *Gazette médicale* de 1842, p. 426.

(12) *Revue médicale*, juin 1843, p. 183.

(13) *Journal de la Société académique de la Loire-Inférieure*, t. XXVII, p. 168.

(14) Thèse inaugurale de 1860, n° 100. Paris, observ. 1 et 2.

(15) *De la pneumonie d'Afrique.* Paris, 1853, observ. 9 et 10. L'auteur pourtant a méconnu le véritable caractère de l'affection en regardant ces deux maladies en quelque sorte comme indépendantes et comme étant l'une la complication de l'autre.

Blaud, de Chardon et de Puntous, car elles manquent de renseignements indispensables. Il n'en est pas de même des faits publiés par les docteurs Grégoire, Roche, Maillot, Mondière, Rouxeau, Catteloup, Saillard ; ceux-ci prouvent, en effet, de la manière la plus incontestable, que certaines pneumonies peuvent se développer sous l'influence de la cause spécifique qui produit les fièvres intermittentes. Dans ces cas, les symptômes propres de la phlegmasie sont subordonnés, pour ainsi dire, au mouvement fébrile ; ils en suivent la marche, ils se développent, s'accroissent et cessent en même temps que lui. La pneumonie peut donc devenir une des formes de la fièvre pernicieuse. De toutes les fièvres intermittentes pernicieuses dont les manifestations caractéristiques sont fournies par les organes thoraciques, la forme péripneumonique paraît être la plus fréquente; cependant on a rarement occasion de l'observer, à en juger du moins par le peu d'exemples authentiques qu'on a rapportés, et par le silence qu'ont gardé sur elle plusieurs des auteurs qui ont écrit sur les fièvres de marais.

Comme la plupart des accidents pernicieux, la pneumonie peut quelquefois ne se développer que consécutivement à un ou plusieurs accès de fièvre intermittente simple, bénigne ; cependant, d'après les faits qui ont été publiés, ce mode de développement serait assez rare. Dans la plupart des cas, on voit, dès le premier accès fébrile, quelques symptômes thoraciques spécialement une douleur pleurétique, fixer l'attention ; mais la maladie ne se caractérise tout à fait que dans les accès suivants. D'autres fois la pneumonie débute d'emblée, comme si elle était simple, par un frisson violent, suivi aussitôt des symptômes caractéristiques de la maladie; et ce n'est alors que par la marche ultérieure qu'on reconnaît la cause spécifique qui l'a produite.

L'accès débute presque toujours par un frisson communément plus violent et plus long que celui des pneumonies ordinaires; tout aussitôt survient une douleur de côté presque toujours très-vive; l'oppression est grande, l'anxiété extrême, les traits sont souvent profondément altérés, le pouls est fréquent, mais mou et dépressible dans beaucoup de cas. Bientôt les malades rejettent des crachats caractéristiques et l'auscultation fait entendre, dans une étendue plus ou moins considérable, une crépitation fine, sèche, nombreuse, mêlée parfois à du souffle. Il est inutile de dire qu'à ce niveau la sonorité est plus ou moins diminuée. Les phénomènes se suivent comme dans toute fièvre intermittente, c'est-à-dire qu'au frisson succède une chaleur ardente, et après six à douze heures arrive une détente complète. La fièvre tombant, les accidents thora-

ciques diminuent dans la même proportion, enfin une abondante diaphorèse juge l'accès. L'intermission peut être complète, c'est-à-dire qu'indépendamment de la fièvre, on voit cesser entièrement tous les accidents locaux, et là où naguère l'auscultation révélait de la crépitation, on trouve un bruit respiratoire tout à fait physiologique; c'est ce qui a généralement lieu après le premier ou le deuxième accès. Cependant assez souvent, pendant l'apyrexie, l'exploration démontre que le poumon n'a pas repris complétement ses propriétés normales. C'est ainsi qu'on peut trouver encore une crépitation rare, grosse, humide, ou bien la respiration est plus rude ou seulement plus faible, ou bien encore on constate une expiration prolongée et même soufflante; la sonorité de la poitrine dans les points correspondants, peut être plus ou moins altérée. Il est donc certain que la lésion pulmonaire peut persister à divers degrés pendant l'apyrexie; mais ce qui prouve qu'elle ne constitue qu'un élément secondaire de l'affection, c'est son impuissance à exciter la fièvre; celle-ci lui est subordonnée à peu près au même titre que l'engouement splénique. C'est ainsi que dans une des observations de M. Catteloup, nous voyons la fièvre cesser pendant deux jours, nonobstant la persistance du souffle bronchique et de la matité dans les deux tiers inférieurs du côté gauche de la poitrine, et, comme l'autopsie le démontra plus tard, ces signes révélaient bien et révélaient uniquement l'existence d'une hépatisation rouge. En général, la fièvre pernicieuse pneumonique affecte le type tierce ou quotidien, plus rarement le type double quotidien; en se renouvelant, les accès deviennent plus graves et plus longs, et l'intermission est d'autant plus courte et moins complète que les accès se reproduisent un plus grand nombre de fois; la pneumonie devient alors rémittente.

Tels sont les principaux symptômes qui caractérisent les fièvres pernicieuses pneumoniques; telle est aussi la marche suivant laquelle se succèdent les divers accidents qu'on observe. Toutefois il est plusieurs points qui exigent encore quelques développements.

J'ai dit que les signes locaux de la pneumonie révélés par l'auscultation et par la percussion pouvaient disparaître complétement pendant l'apyrexie; c'est à tort qu'on a contesté ce fait dans plusieurs écrits contemporains; les observations des docteurs Grégoire, Rouxeau et Maillot le démontrent. Ceci pourtant n'a pas toujours lieu, et souvent après le deuxième accès, bien que le point de côté ait cessé, que les crachats soient spumeux, on peut constater encore, durant l'apyrexie, une obscurité du son, une faiblesse du bruit respiratoire, et même quelques râles humides. Mais si dans

un des accès, la pneumonie a franchi le premier degré, on pourra bien, dans l'accès suivant, ne plus trouver les signes de l'hépatisation ; mais le poumon n'aura pas repris sa perméabilité, la pneumonie aura seulement rétrogradé; au lieu du souffle et de la broncophonie, l'oreille ne fera découvrir qu'une crépitation humide, qu'un râle crépitant de retour. Peut-être même n'y aurait-il plus que de la faiblesse du bruit respiratoire, mais il y aura encore assez de signes physiques pour démontrer que le poumon n'est pas revenu, du jour au lendemain, à son état normal. Il est presque inutile de faire observer que les lésions pulmonaires cesseront d'autant plus complétement que les accès se seront moins répétés, et que la durée de l'apyrexie sera plus longue. C'est ainsi que, dans le type tierce, les lésions pulmonaires cesseront plus souvent et plus complétement que dans le type quotidien, tandis qu'elles pourraient être sensiblement modifiées dans les cas de fièvre pneumonique double quotidienne dont les accès sont si souvent subintrants.

Lorsque le caractère de la maladie est méconnu, ou que la médication est insuffisante, les accès sont de plus en plus violents, la douleur devient atroce, la dyspnée suffocante, la lésion pulmonaire gagne en étendue et elle s'aggrave, souvent les deux poumons sont envahis à la fois; au trouble de la respiration, il se joint parfois des troubles cérébraux, délire ou coma, et c'est au milieu de cet appareil symptomatique que les malades succombent communément vers le troisième ou le quatrième accès.

Ce qu'il y a de remarquable dans la forme de pneumonie que nous étudions, ce sont les accidents subitement graves. Souvent, du moins, dans les deux premiers accès, il y a défaut de proportion entre la pyrexie et la lésion locale ; la marche de celle-ci est rapidement envahissante, elle passe promptement d'un degré à un autre, le pouls même, chez les sujets primitivement forts, est presque toujours mou, dépressible, et souvent plus fréquent qu'il n'est dans les pneumonies légitimes. Le sang n'offre rien de caractéristique, comme on l'a dit; cependant il se présente communément avec un aspect différent de celui qu'il a dans les pneumonies franches. Ce fluide est souvent, en effet, remarquable par une teinte comme bleuâtre, appréciable surtout quand il est au repos; au lieu de se prendre en un caillot dense, recouvert d'une couenne épaisse, comme on le voit dans la plupart des pneumonies simples, il reste communément diffluent, du moins, il se prend lentement en un caillot mou, non couenneux, ou recouvert seulement d'une concrétion mollasse, et la sérosité reste plus ou moins infiltrée dans le caillot (1). Toutes

(1) Il serait à désirer qu'on eût sur les qualités physiques du sang des rensei-

ces circonstances, même lorsqu'elles sont réunies, ne peuvent fournir que des présomptions, surtout lorsqu'on observe dans quelques localités et pendant certaines saisons; mais on ne peut être édifié sur le caractère de l'affection que par la marche qu'elle suit. En effet, la cessation brusque de la fièvre, et la disparition ou l'amendement considérable des symptômes locaux survenant après six à douze heures d'une acuité extrême, devront vivement fixer l'attention, et porter le médecin à prescrire d'emblée et sans autre avertissement le sulfate de quinine. Il ne faut pas attendre un second accès qui donnerait, il est vrai, au diagnostic une complète certitude, mais en faisant courir le risque de voir cet accès plus violent que le second, et pouvant mettre la vie en péril. Le traitement spécifique, d'ailleurs, ne peut avoir aucun inconvénient, et il est parfaitement justifié par la clinique. Une pneumonie franche, légitime, ayant le début et l'acuité que nous supposions tantôt, produisant une anxiété, une dyspnée aussi grande, se caractérisant par un point de côté aussi intense, par des crachats rouillés, par la crépitation et parfois par du souffle, ne s'arrêterait pas d'elle-même ni par aucun traitement connu, au bout de quelques heures. Lorsqu'on est témoin d'une pareille marche si insolite, je devrais plutôt dire si inconnue, il faut *soupçonner* un caractère pernicieux à la maladie, et le *soupçon* est ici suffisant pour instituer une médication antipériodique. Pourrait-on trouver dans l'exploration de la rate une indication précieuse pour révéler l'existence d'une infection marématique? Je l'ignore. On a le plus souvent négligé de la faire ; parfois on l'a faite et l'on n'a rien trouvé. Il est utile pourtant de rechercher toujours si l'organe splénique est ou non tuméfié, l'augmentation de ce viscère pouvant, en effet, mettre sur la voie de la maladie dans les cas d'accès doubles quotidiens ou subintrants.

Les détails qui précèdent prouvent surabondamment, je pense, que la pneumonie intermittente n'est pas une phlegmasie pulmonaire compliquée d'une fièvre d'accès; ce sont réellement deux états connexes liés intimement l'un à l'autre, procédant de la même cause miasmatique ; c'est là précisément ce qui caractérise l'affection. S'il

gnements plus précis. Il n'existe encore, je crois, aucune analyse chimique de ce fluide. Le docteur Constant a plus qu'un autre, sans doute, fixé l'attention sur les altérations du fluide sanguin dans la pneumonie intermittente (*Bulletin de thérapeutique*, t. XLIII, p. 481) ; mais ses observations manquent de précision, et lorsqu'on le voit affirmer sans preuve ce fait considérable que le sang, au moment de sa sortie de la veine, est *manifestement au-dessous de la température normale*, on reste peut-être un peu fâcheusement prévenu.

n'y avait que complication d'une maladie par l'autre, on n'aurait pas une affection, à proprement parler, pernicieuse, le pronostic serait moins grave, et le quinquina, au lieu d'agir simultanément sur la pyrexie et sur la phlegmasie, ne triompherait que de l'élément intermittent, tandis que dans la forme de pneumonie dont je parle, l'antipériodique, s'il est administré convenablement, fait justice promptement de l'état local comme de l'état général. Ce succès si rapide du quinquina contre la lésion pulmonaire a fait douter qu'il y eût alors une pneumonie véritable. Beaucoup n'ont voulu voir, dans ces accidents thoraciques, que le résultat d'une congestion. Je veux bien croire que, dans quelques cas, en effet, il y ait eu plutôt les caractères anatomiques de la bronchio-pneumonie que ceux de la pneumonie lobaire; mais nous ne saurions admettre qu'il en soit toujours ainsi. Cette supposition serait d'ailleurs démentie par quelques autopsies qu'on a faites et qui ont révélé l'existence de lésions pulmonaires identiques avec celles qu'on trouve dans les pneumonies légitimes. Mais les résultats nécroscopiques feraient-ils complétement défaut, que nous pourrions suppléer à ce silence de l'anatomie pathologique par l'examen clinique. En effet, des crachats visqueux et rouillés, une crépitation fine et sèche, remplacée parfois par du souffle, une matité plus ou moins complète révèlent aussi sûrement l'état du poumon que pourrait le faire un examen avec le scalpel sur la table de l'amphithéâtre (1).

2° *Pneumonie rémittente.* — Cette forme est beaucoup plus commune que la précédente ; on en trouve de nombreux exemples dans les auteurs anciens comme dans les écrits des modernes.

Il paraît établi que la célèbre épidémie catarrhale qui régna en Europe en 1743 se compliqua souvent de pneumonie rémittente, quotidienne ou tierce. Il semble aussi que Lautter (2) a observé une fièvre rémittente tierce pneumonique. Sarcone (3), dans l'épidémie de Naples dont il a été l'historien, a vu fréquemment des maladies aiguës de poitrine présenter un caractère périodique. Strack (4), dans la belle relation qu'il donne des fièvres intermit-

(1) L'idée que les pneumonies à forme intermittente ne seraient qu'une maladie compliquée par une autre, a été soutenue dans un volumineux écrit publié en 1854, à Philadelphie, par le docteur La Roche, et intitulé *Pneumonia ; its supposed connection pathological and etiological with autumnal fevers ; including an inquiry into the existence and morbid agency of malaria.* Ce livre, qu'un jeune médecin des plus distingués, M. le docteur Ollivier, a bien voulu lire et annoter pour moi, ne renferme rien d'intéressant.

(2) *Hist. med. morb.*, p. 196.

(3) *Maladies de Naples*, trad. de Bellay. Lyon, 1804, t. I, p. 203.

(4) *Obs. med. de febribus int.*, p. 74. Tincini, 1792.

tentes qui régnaient à Mayence au milieu du siècle dernier, cite également quelques malades qui furent atteints de pneumonie et chez lesquels on observait des exacerbations plus souvent quotidiennes que tierces. Les faits rapportés par ce médecin célèbre méritent quelque confiance, car l'auteur paraît avoir établi le diagnostic d'une pneumonie, non-seulement d'après la toux et le point de côté, mais aussi d'après l'inspection des crachats qui furent, soit au début, soit à une époque plus avancée de la maladie, sanguinolents, roux, jaunes ou verdâtres (1). J.P. Frank (2) cite au moins sept observations de pneumonies présentant des exacerbations régulières, mais ces faits doivent inspirer quelques doutes : car si l'on excepte le sujet de la quatrième observation (3) chez lequel on nota quelques crachats sanguinolents, on reconnaît que chez tous les autres le diagnostic d'une pneumonie n'est établi que par la toux, par l'oppression, par le point de côté, phénomènes bien insuffisants. Il en est de même de plusieurs observations rapportées plus récemment par divers médecins, et en particulier celle que M. le docteur Gouzée a publiée sous le titre de *Fièvre rémittente pernicieuse pleuro-pneumonique*, puisque cet auteur, qui a incomplétement décrit l'aspect des crachats, a toujours négligé d'explorer la poitrine par l'auscultation et par la percussion (4). Au contraire, le fait rapporté par le docteur Chardon (5), bien que très-incomplétement décrit, est réellement un exemple de pneumonie rémittente à accès doubles quotidiens, car le diagnostic fut établi d'après l'existence du point de côté, de la matité, de la crépitation et des crachats rouillés. Ce dernier symptôme a également été constaté par M. Nepple (6) chez un prêtre qui éprouva une fièvre rémittente pernicieuse pneumonique à accès quotidiens. Grifoulière a donné aussi une relation intéressante d'une pneumonie rémittente épidémique qui fut observée par lui, pendant l'hiver de 1833, à Aubin, département de l'Aveyron (7) ; l'auteur cite trois observations. C'est encore à une fièvre rémittente pneumonique que se rapportent les faits publiés par M. le docteur Marcé (8).

La pneumonie rémittente est une maladie en somme assez rare ;

(1) *Obs. med. de febribus int.*, p. 76 et 78.

(2) *Inter. clin.*, *obs. selec.* Tubing, 1812, p. 30, 33, 37, 41, 42, 56, 58, 61.

(3) *Idem*, p. 42.

(4) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. IV, p. 71.

(5) *Gazette médicale*, année 1834, p. 253.

(6) *Fièvre intermittente et rémittente*, p. 124, 33e observation.

(7) Thèse de Paris, année 1833, n° 94, et *Gazette médicale*, même année.

(8) *Journal de la Société de médecine de la Loire-Inférieure*, t. XVIII et XXI.

elle l'est moins pourtant que l'intermittente. Comme celle-ci, on ne la rencontre guère que dans les pays marécageux ; elle y est provoquée par l'infection qui produit les fièvres d'accès; on peut dès lors l'observer épidémiquement. Tantôt l'inflammation pulmonaire se présente avec les caractères d'une fièvre rémittente dès le début de l'épidémie, d'autres fois cela n'a lieu qu'après un temps plus ou moins long. Ainsi dans le commencement de l'année 1825, et surtout pendant les mois de février, mars et avril, on vit dans le canton de Montluel une pneumonie grave qui fit périr la moitié de ceux qu'elle atteignit; le règne de cette phlegmasie se prolongea une partie de l'été, et s'accompagna alors de phénomènes rémittents qui exigèrent un traitement spécial (1).

En général, la maladie commence avec les symptômes ordinaires d'une pneumonie franche. Les malades éprouvent un frisson violent, bientôt suivi de chaleur vive, de céphalalgie, et d'une douleur pongitive dans un des côtés de la poitrine. Ces accidents s'accompagnent en même temps d'oppression, de dyspnée et de toux ; les crachats qui sont rejetés offrent souvent dès les premières heures une teinte jaunâtre ou rouillée, et l'examen de la poitrine, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, permet de reconnaître et de circonscrire le siége de la pneumonie. Le mouvement fébrile, une fois établi, continue sans interruption, mais en éprouvant de temps en temps, et à des intervalles réguliers, des exacerbations et des rémissions.

Les accès sont généralement annoncés par des frissons légers généralement partiels, qui peuvent pourtant manquer quelquefois. Bientôt la fièvre redouble, pendant que les symptômes locaux augmentent parallèlement d'intensité ; aussi le pouls devient plus fréquent, la chaleur s'élève, la face s'injecte, la respiration s'accélère, elle est plus pénible; l'anxiété, la dyspnée, la douleur de côté augmentent; il y a beaucoup d'agitation, et il n'est pas rare alors de voir le délire survenir. On n'a pas toujours exploré la poitrine pendant que ces phénomènes ont lieu, mais il est évident qu'à ce moment un travail morbide très-actif se passe du côté des poumons. Grifoulière s'est assuré, par exemple, qu'il a suffi dans ces cas de dix à douze heures pour voir une portion plus ou moins considérable d'un poumon passer à l'état complet d'hépatisation. Les accès peuvent être beaucoup plus graves encore que nous venons de le dire. Dans ces cas, le facies des malades est profondément altéré ou frappé de stupeur, la prostration est grande ; le pouls est fili-

(1) Nepple, *loc. cit.*, p. 122.

forme, quelquefois irrégulier, et d'une fréquence extrême, ou bien au contraire il offre une plus grande lenteur. Après avoir persisté pendant trois, six ou huit heures, on voit les symptômes graves diminuer de violence tantôt progressivement, parfois presque tout à coup; l'oppression et la douleur de côté diminuent, le pouls perd de sa fréquence, les forces semblent se ranimer, et ce moment de détente est marqué par une sueur plus ou moins abondante. Si pendant la rémission les symptômes généraux et les symptômes locaux diminuent d'intensité, il est rare pourtant qu'aucun d'eux, à l'exception peut-être du point de côté, cessent complétement. L'auscultation et la percussion ont prouvé que l'altération pulmonaire n'éprouvait pas de changement bien appréciable pendant la période de rémission.

Après une rémission plus ou moins longue, un nouvel accès a lieu, et au fur et à mesure qu'il s'en produit de nouveaux, les symptômes, surtout les symptômes généraux, deviennent de plus en plus graves ; il n'en est pas nécessairement de même des symptômes locaux. Grifoulière a remarqué, par exemple, que l'hépatisation qu'il avait constatée dans les dix ou douze premières heures de la maladie, était ensuite restée stationnaire et n'avait pas envahi une plus grande surface, nonobstant trois ou quatre paroxysmes.

Les accès périodiques s'établissent parfois, dès le début de la phlegmasie, d'autres fois celle-ci semble, pendant plusieurs jours, exister sans exacerbation notable, et ce n'est guère que vers le quatrième, quelquefois plus tard, comme le sixième, le septième ou le huitième, qu'on commence à remarquer des exacerbations régulières, comme si alors un élément nouveau était venu se joindre à la maladie primitive. Les exacerbations surviennent suivant divers types ; dans la plupart des cas, elles sont quotidiennes ; c'est ce qui a été noté en particulier dans les épidémies de Mayence et du canton d'Aubin ; bien plus rarement elles ont les types doubles quotidiens ou tierces ; je ne crois pas qu'elles aient jamais affecté le type quarte. L'heure à laquelle ces accès surviennent n'offre rien de constant ; J. P. Frank les observait communément dans le courant de la journée, la rémission avait lieu le soir et pendant la nuit, tandis que dans l'épidémie d'Aubin, Grifoulière a remarqué que les exacerbations revenaient une fois dans les vingt-quatre heures, et presque toujours dans la soirée ou pendant la nuit..

Si la maladie doit avoir une issue funeste, les intermissions sont de moins en moins marquées, et les exacerbations de plus en plus graves. Dans l'épidémie d'Aubin, les malades qui furent abandonnés

à eux-mêmes mouraient du troisième au sixième accès, dans les cas les plus graves; dans les autres c'était un peu plus tard, ou du huitième au dixième jour. La mort peut arriver par suite de l'extension de la pneumonie ; d'autres fois les malades sont emportés par un accès délirant, algide ou comateux. Enfin, M. Maillot (1) dit que la mort peut aussi être produite par une apoplexie pulmonaire ; mais il n'invoque aucun fait en faveur de son assertion. Dans les cas, par contre, où la maladie a une heureuse issue, on voit les accès diminuer d'intensité et s'éloigner, en même temps qu'on voit l'état local s'améliorer. Cependant nous ne savons encore rien de précis sur le plus ou moins de rapidité avec laquelle la résolution s'opère, ni sur les phénomènes consécutifs qui peuvent être observés.

En résumé, sous le titre de *pneumonies rémittentes*, on a réuni des cas qui ne sont pas absolument identiques. La pneumonie rémittente, à proprement parler, est celle qui, procédant de l'infection miasmatique, est liée intimement au mouvement fébrile que celle-ci provoque, de telle manière que la lésion locale suit les phases de la pyrexie, elle augmente, elle décroît périodiquement avec elle, et cède comme elle aussi à l'administration du sulfate de quinine.

Ces cas doivent être soigneusement distingués de ceux beaucoup plus communs, sans nul doute, où l'on voit les deux états morbides se compliquer sans être intimement unis entre eux ou subordonnés l'un à l'autre. Dans les localités marécageuses, rien de plus commun, en effet, que de voir dans certaines saisons l'élément intermittent venir compliquer un grand nombre d'affections régnantes et se greffer, en quelque sorte, sur elles. C'est ainsi que des pneumonies spontanément développées, ou bien provoquées par un refroidissement, peuvent, à une époque variable de leur évolution, se compliquer d'un état nouveau. Les malades peuvent, une ou deux fois par jour, quelquefois tous les deux jours, presque jamais à un intervalle plus long, éprouver une exacerbation fébrile dont le début est généralement marqué par un frisson plus ou moins fort et qui, après plusieurs heures, se juge par de la sueur ou par une simple moiteur. Pendant ce paroxysme de l'état fébrile, le malaise est plus grand, sans doute, l'oppression est même parfois plus pénible ; mais on ne constate pas communément dans l'état local une exacerbation correspondant à celle qu'on note dans la fièvre. Dans l'intervalle de ces paroxysmes, la maladie ne diffère en rien d'une pneumonie vulgaire. Il y a donc ici deux

(1) *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1836, p. 42.

états morbides indépendants l'un de l'autre; il y a une phlegmasie avec son cortége ordinaire, et, de plus, un élément intermittent se caractérisant par la périodicité de l'exacerbation fébrile, et ayant presque toujours, plus ou moins bien accusés, les trois stades des accès intermittents. Le traitement prouve, d'ailleurs, l'indépendance à peu près absolue des deux états morbides accidentellement unis l'un à l'autre. En effet, les antiphlogistiques, sous toutes les formes, ne modifient point la périodicité, tandis que le sulfate de quinine en fait promptement justice, sans modifier très-sensiblement la phlegmasie pulmonaire. Ce n'est pas à dire pourtant que celle-ci, délivrée de l'état morbide qui la compliquait, ne puisse dès lors avoir des allures plus franches, et suivre une marche plus décidée vers le bien; mais on ne voit jamais le quinquina, administré dans ces conditions, exercer sur la phlegmasie cette action prompte et décisive qu'il a lorsque l'altération pulmonaire existe au même titre que la pyrexie qui l'accompagne, c'est-à-dire lorsqu'elle est la conséquence de l'infection miasmatique, comme nous l'avons vu plus haut pour la pneumonie qui est réellement rémittente, et à plus forte raison pour celle qui est franchement intermittente.

§ 5. — **Pneumonies latentes.**

On dit que la pneumonie est latente, lorsque les symptômes propres à déceler la maladie sont tellement obscurs qu'ils peuvent échapper facilement à l'attention du médecin. Avant l'immortelle découverte de Laennec, toute pneumonie qui ne provoquait ni douleur de côté, ni expectoration sanguinolente ou rouillée, était regardée comme *latente*; elle était donc presque nécessairement méconnue. Aujourd'hui, pour qu'une pneumonie soit véritablement latente, il faut non-seulement que la douleur et que les caractères de l'expectoration manquent, mais il doit y avoir aussi absence complète de tous les symptômes fournis par l'auscultation et par la percussion.

Il est excessivement rare que dans une pneumonie, si toutefois on en excepte les pneumonies lobulaires, on voie manquer à la fois tous les symptômes fournis par les troubles fonctionnels et par l'examen physique, cela ne peut guère avoir lieu qu'au début. Pour peu que la maladie ait eu une certaine durée, on finit presque toujours par découvrir quelques-uns des phénomènes qui la caractérisent ordinairement. A part quelques rares exceptions, on peut établir qu'une pneumonie n'est latente que parce que le malade n'a pas été suffisamment exploré, ou qu'il l'a été par un

médecin peu attentif, ou peu versé dans les recherches cliniques. Je vais indiquer sommairement ici les conditions qui font qu'un grand nombre de pneumonies passent inaperçues et ne sont reconnues qu'à l'ouverture des cadavres.

1° La pneumonie pourra être latente si, dès son début, au lieu de déterminer les symptômes qui la caractérisent communément, elle s'accompagne de phénomènes insolites et si elle réveille de trop vives sympathies du côté d'un organe important. C'est ainsi que beaucoup de pneumonies passent inaperçues parce qu'elles excitent dès le premier jour un délire violent ou bien un état comateux ; c'est ce qui arrive notamment dans le jeune âge. Chez d'autres, surtout s'il s'agit d'un adulte ou d'un vieillard, c'est une prostration, une résolution des forces, un état général tel qu'on le voit dans les fièvres graves, qui fait croire aisément à une pyrexie. Cette erreur est fort commune.

2° D'autres fois, par contre, la pneumonie est complétement latente, parce que la maladie n'excite dans l'économie presque aucun trouble sympathique. Tous ceux qui ont fréquenté les hospices consacrés à la vieillesse ont vu des individus qui, après quelques jours de simple malaise, d'un peu d'inappétence, s'affaissent tout à coup, meurent subitement, et, à l'ouverture du cadavre, on est étonné de trouver une hépatisation grise d'un ou de plusieurs lobes, parfois même des deux poumons. Prus a vu, à Bicêtre, un vieillard que l'on ne croyait pas malade et qui tomba mort dans la cour. A l'autopsie, on reconnut qu'il n'existait plus qu'un quart des poumons qui fût perméable, tout le reste était frappé d'induration grise. Aussi la pneumonie est-elle regardée à juste titre comme une cause de ces morts subites si communes dans les asiles de la vieillesse.

On conçoit que des faits pareils ne sauraient être invoqués précisément comme des exemples de pneumonie latente, puisque les malades n'ont pas été examinés ; s'ils l'avaient été, on n'aurait pu méconnaître la lésion pulmonaire. Ils n'en sont pas moins pour nous d'un puissant intérêt et d'un haut enseignement : ils nous prouvent que, chez les vieillards, les troubles sympathiques sont moins nombreux, moins variés, plus difficilement produits qu'aux autres âges. Chez des sujets plus jeunes, une phlegmasie d'un organe important, comme le poumon, excite des réactions organiques, provoque de nombreuses sympathies ; mais à un âge avancé, ces mêmes organes semblent vivre et souffrir isolément, leur sphère d'activité paraît plus restreinte. Concluons que, chez le vieillard, la sollicitude du médecin devra être particulièrement éveillée ; quelque

légers que soient en apparence les troubles qu'on observe dans la santé, on ne devra jamais oublier que, dans un âge avancé, les lésions les plus graves peuvent coïncider avec un petit nombre de symptômes légers, presque insignifiants.

3° Enfin, la pneumonie est latente, soit parce qu'elle occupe un trop petit espace, soit que, située à une grande profondeur et au centre du poumon, elle se trouve enveloppée de toutes parts par une portion de poumon complétement intacte.

Je parlerai plus tard des pneumonies qui sont latentes, parce qu'elles surviennent dans le cours des maladies aiguës et chroniques.

Les pneumonies primitives, qui sont assez graves pour compromettre à elles seules l'existence des malades, ne sont probablement jamais *latentes*, du moins je n'en ai encore observé aucun exemple ni chez l'adulte, ni chez le vieillard. Comme je l'ai déjà dit, j'ai vu fréquemment plusieurs symptômes importants manquer tout à fait au début, et même pendant toute la durée de la maladie; mais en explorant avec soin les malades, et en tenant compte de toutes les circonstances de la maladie, on trouvait assez de symptômes pour caractériser la pneumonie.

§ 6. — De quelques formes de pneumonies admises par divers auteurs.

En parcourant les auteurs anciens et plusieurs de ceux qui ont écrit au commencement de ce siècle, on trouve la description de quelques autres formes de pneumonie qui ne sont pas généralement acceptées. C'est ainsi qu'on a décrit des pneumonies *rhumatismales, puerpérales, vermineuses.* Disons un mot de chacune d'elles.

1° *Pneumonies rhumatismales.* — Il est constant que la pneumonie, du moins à Paris, est une des complications les plus rares du rhumatisme articulaire aigu, il n'en est pas de même peut-être en Angleterre, à en juger du moins par les statistiques produites par Fuller (1), par Latham (2), par Taylor (3). Sur un relevé de 246 cas de rhumatisme, donné par le premier, on aurait vu 28 pneumonies intercurrentes, c'est-à-dire 1 sur 9. Rien de semblable n'a été vu chez nous, ni que je sache en aucun autre pays. En France, à Paris

(1) *On Rheumatic gout and sciatica.*

(2) *Lectures on subjects connected with clinical medecine.*

(3) *Med. chirur. Transactions*, t. XXVIII, p. 514.

du moins où mon observation a exclusivement porté, autant il est commun de voir éclater, dans le cours des rhumatismes articulaires aigus, fébriles, des phlegmasies du péricarde, de l'endocarde et des plèvres, autant il est rare que le parenchyme pulmonaire se phlogose dans ces mêmes conditions. La pneumonie m'a paru même être beaucoup moins commune que ne le sont les accidents si redoutables qui se montrent parfois du côté du cerveau et surtout du côté des méninges.

La pneumonie qui se déclare dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, peut être une complication toute fortuite, n'ayant avec l'affection aucun lien de parenté. Dans d'autres circonstances, la phlegmasie pulmonaire est manifestement sous l'influence de la diathèse; elle a dans la manière dont elle débute ou dans la marche qu'elle suit quelque chose d'insolite qui en révèle ou qui du moins en fait soupçonner la nature. On a vu, par exemple, après des douleurs articulaires qui cessaient tout à coup, éclater aussitôt les symptômes d'une pneumonie: M. le professeur Andral en a rapporté une observation des plus remarquables (1). Cette pneumonie une fois déclarée peut ne pas différer par sa marche de celle qui aurait une autre origine, qui serait née tout à fait spontanément ou après un simple refroidissement. Sous ce rapport, la pneumonie ressemble à ces phlegmasies de la plèvre et du péricarde, qui, quoique nées dans le cours du rhumatisme, ont néanmoins la fixité de celles qui sont spontanées, et nullement la mobilité des symptômes articulaires. Le contraire peut cependant avoir lieu; c'est ce que prouve le fait suivant.

En 1845, j'ai, conjointement avec mon vénéré maître et ami, M. Louis, donné des soins à une dame de ma famille, alors âgée de quarante-cinq ans, et qui vers le septième jour d'un rhumatisme articulaire fébrile et très-aigu fut prise, sans diminution préalable de l'affection articulaire, d'une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine; une crépitation nombreuse, fine et sèche fut presque aussitôt constatée dans toute l'étendue du lobe inférieur, et remplacée au bout de quelques heures seulement par un souffle bruyant avec bronchophonie très-retentissante; inutile d'ajouter que dans ce point la matité était complète. Les mêmes phénomènes, sauf la douleur, se montrèrent aussi au côté droit dans le point correspondant, et cela dès les vingt-quatre premières heures de l'invasion. Bien qu'il n'existât aucune expectoration, nous n'avons jamais hésité, M. Louis et moi, sur le diagnostic d'une pneumonie double

(1) *Clinique médicale*, t. III, 4e édit., p. 436.

très-rapidement arrivée au deuxième degré. Mais ce qui fut plus remarquable encore que cette marche ascendante, si exceptionnellement rapide, ce furent les alternatives qu'on remarqua dans la lésion locale. Du matin au soir, on voyait le souffle être remplacé par la crépitation et réciproquement. Jamais pourtant dans l'intervalle de ces sortes de crises le poumon ne recouvrait sa perméabilité, il restait toujours un son obscur et un bruit respiratoire affaibli, mais de temps en temps et presque toujours, pendant une recrudescence des douleurs articulaires, on voyait le lobe inférieur du poumon gauche se prendre à son tour. C'était d'abord une crépitation fine et nombreuse, puis, au bout de quelques heures, survenait du souffle et de la bronchophonie. Ces crises, qui duraient chaque fois trois ou quatre jours, se sont reproduites en trois mois dix à douze fois ; à aucune des crises il n'y eut d'expectoration caractéristique. Dans une autre attaque de rhumatisme qui eut lieu chez la même personne pendant l'été de 1848, j'observai du côté des poumons des phénomènes identiques avec ceux que je viens de décrire ; mais ils n'eurent qu'une durée de deux septénaires.

C'est là, j'en conviens, un fait bien insolite, et je me suis bien souvent demandé si nous n'avions pas commis une erreur de diagnostic ; si au lieu d'une pneumonie nous n'avions pas eu à traiter une pleurésie, un épanchement plutôt séreux encore que plastique ; je me suis demandé si cette crépitation fine, nombreuse, qui précédait le souffle ne pouvait pas être seulement un de ces froissements, un de ces frottements pleuraux, ayant quelque ressemblance avec la crépitation. Vraiment je ne le crois pas ; et je répète encore ce que j'ai dit plus haut, savoir, que pour M. Louis comme pour moi-même, il n'y eut jamais de doute ; à chacune des crises dont nous fûmes témoins, jamais nous n'hésitâmes à croire à l'existence d'une induration pulmonaire comme lésion, sinon unique, du moins comme lésion prédominante.

En résumé, je crois qu'il y a une pneumonie qui peut être provoquée par le rhumatisme. Je pense que, sous l'influence de la diathèse rhumatismale, il peut se former, dans une étendue plus ou moins considérable des poumons, des fluxions, des exsudations à marche rapide et offrant la mobilité des autres manifestations du rhumatisme. Je regarde ce fait toutefois comme étant excessivement rare ; c'est ce qui explique le silence de la plupart des auteurs. Si quelques-uns, comme Grimaud, ont parlé de pneumonies *rhumatiques* (1), ils ont néanmoins assigné à l'affection des caractères dont

(1) *Traité des fièvres*, t. II, p. 95.

il serait presque oiseux de discuter ici le peu de valeur. D'ailleurs, ces pneumonies rhumatiques différaient, dans les classifications des anciens nosographes, de celles que Musgrave et Barthez nommaient *arthritiques*. Il est vraiment impossible d'être fixé sur la nature des affections, certainement fort différentes, qu'on a décrites sous ces diverses dénominations. Les modernes n'ont guère été plus explicites. On pourra s'en convaincre en lisant la discussion qui s'est élevée sur ce point à la Société médicale des hôpitaux, à l'occasion d'une observation lue par un de nos collègues les plus estimés, M. le docteur Bourdon (1). Dans ce fait, d'ailleurs, l'existence d'une pneumonie est même fort problématique pour moi ; je n'y vois en effet qu'un exemple de ces congestions passives qui se font si communément dans les poumons pendant le cours des maladies graves. Il m'a paru en outre évident que les caractères que plusieurs assignent à la pneumonie rhumatismale appartiennent tout à fait à la broncho-pneumonie, à cette affection plus congestive que réellement inflammatoire, remarquable par l'absence d'expectoration caractéristique, par des crachats muqueux, parfois hémoptoïques, et par une remarquable mobilité des signes fournis par l'auscultation ; or tout cela arrive communément en dehors de toute atteinte rhumatismale, et plus spécialement, comme nous l'avons dit, chez le vieillard et dans le jeune âge.

2° *Pneumonies puerpérales.*—Les médecins et les accoucheurs de la fin du dernier siècle, ceux même qui écrivaient au commencement du XIXe, ont décrit une pneumonie très-grave, presque toujours mortelle et extrêmement rapide dans sa marche, qui affecterait les femmes dans la période puerpérale. Mauriceau (2), Delamotte (3) en citent des exemples ; Astruc (4) la regardait comme pouvant être une lésion secondaire de la fièvre de lait, lorsque celle-ci était vive ; Levret (5) en donne une description succincte ; Deleurye (6), Chambon (7), Gastellier (8), etc., ont plus encore insisté sur ses caractères. Cependant si on lit attentivement les rares observations de pneumonies survenues pendant le cours de l'état

(1) *Union médicale*, année 1860.

(2) *Observations sur la grossesse et l'accouchement*. Paris, 1794, obs. 476e, p. 394.

(3) Tome II, p. 1199 et 1202.

(4) *Maladies des femmes*. Paris, 1770, 2e édit., t. V, p. 158, in-12.

(5) *L'art des accouchements*. Paris, 1766, 3e édit., p. 168.

(6) *Traité des accouchements*. Paris, 1777, § 1183.

(7) *Maladies des femmes*, 2e édit. Paris, an VII, t. II, p. 150.

(8) *Maladies aiguës des femmes en couches*. Paris, 1812, p. 15.

puerpéral, que les auteurs ont rapportées, celle que Hildenbrand nous donne (1), on est porté à conclure que les phlegmasies pulmonaires qui éclatent peu de jours après l'accouchement ne présentent rien d'assez spécial dans leur physionomie pour pouvoir constituer une forme spéciale. Rien d'ailleurs n'est plus rare que de voir une pneumonie apparaître d'emblée chez une femme récemment accouchée. Je crois n'en avoir observé qu'un seul exemple pendant une période de vingt-cinq ans. Cependant, en raison de l'état organique tout spécial au milieu duquel la phlegmasie pulmonaire éclate, et de la tendance qu'a tout travail inflammatoire à aboutir alors promptement à la suppuration, il faut peut-être redouter davantage cette terminaison. J'ai souvent entendu citer à Chomel l'exemple d'une dame qui, heureusement accouchée, éprouva, le jour suivant, un petit malaise, mais si léger qu'il n'excita pas même l'attention de son accoucheur, praticien fort expérimenté. Chomel ayant visité la malade dans la journée même, trouva de la matité et une respiration bronchique dans tout un côté de la poitrine; douze heures plus tard, la malade avait cessé de vivre. L'autopsie fit découvrir une hépatisation rouge et grise de tout un poumon.

3° *Pneumonies vermineuses.* — Nul doute que les vers intestinaux ne puissent provoquer, par voie de sympathie, des accidents plus ou moins graves. C'est là une vérité proclamée de tout temps; mais à dater du XVIIe siècle, on soutint que les helminthes du tube digestif pouvaient produire, en outre, des maladies générales, comme diverses pyrexies; ou provoquer l'explosion de phlegmasies graves, comme pneumonies ou autres. Ces idées ont eu cours dans la science pendant le dernier siècle, et même au commencement du nôtre; pendant cette longue suite d'années, on a décrit dans toutes les parties de l'Europe des épidémies de maladies dites *vermineuses*. Il suffisait en effet que les malades rendissent quelques lombrics, quelle que fût d'ailleurs la nature de l'affection, pour assigner à celle-ci une origine commune; les vers étaient regardés comme en étant la cause, et la maladie était dénommée et traitée d'après cette supposition. Ces doctrines sont, depuis quarante ans, complétement abandonnées; il n'existe en effet aucun lien, aucune corrélation entre l'affection pulmonaire et les vers intestinaux. Lorsque, dans le cours d'une pneumonie, les malades rendent quelques lombrics par la bouche ou dans les selles, on ne doit voir dans cette expulsion qu'un épiphénomène sans importance et ne

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 186.

devant pas sensiblement modifier la thérapeutique de la phlegmasie. Celle-ci ne peut être la conséquence des vers ; elle en a seulement, dans beaucoup de cas, dévoilé la présence. La diète imposée aux malades, l'ingestion de divers médicaments, ont pu tuer des vers dont on ignorait l'existence, et provoquer leur expulsion ; on pourra dès lors être autorisé à administrer des anthelminthiques ; car on peut supposer qu'il existe encore quelques autres individus ; mais en le faisant on obéit à une indication secondaire, et l'on ne doit pas espérer exercer la moindre influence sur l'affection principale.

§ 7. — Pneumonie traumatique.

Les auteurs ont distingué une forme de pneumonie qu'ils ont nommée *traumatique*, parce qu'elle survient consécutivement à quelque violence extérieure ; mais nulle part, avant ce livre, on ne trouvait quelques indications un peu précises sur cet accident. Les chirurgiens, qui seuls auraient pu nous le faire bien connaître, en ont tout à fait négligé l'étude. Dans la première édition, j'avais cherché à exciter leur zèle, mais ils sont restés sourds à mon appel, et la science est presque aussi pauvre aujourd'hui qu'elle l'était en 1841. La thèse inaugurale de M. le docteur Legouest, soutenue à Paris en 1845 (1), est le seul travail un peu important que je connaisse ; cependant, basé sur des observations pour la plupart très-incomplètes, il a été impuissant à combler la lacune que je signale ; peut-être aussi pourrait-on reprocher à l'auteur d'avoir cru la science plus pauvre encore qu'elle n'était, en méconnaissant dès les premières lignes de son écrit les efforts tentés avant lui.

J'ai dit, à l'article *Étiologie*, qu'une pneumonie pouvait succéder à une contusion du thorax, ou bien à une plaie pénétrante de poitrine, compliquée ou non de la présence de corps vulnérants ; elle peut encore être provoquée par la pénétration d'un corps étranger par la voie du larynx.

Une pneumonie, disons-nous, peut être la conséquence d'une contusion du thorax : j'en ai recueilli quatre exemples. Elle peut même se déclarer brusquement, à l'occasion d'un violent effort pour soulever un fardeau, ou pour se retenir et empêcher une chute imminente : c'est ce que j'ai constaté quelquefois. Lorsque la pneumonie succède à ces violences, il y a d'abord une douleur plus

(1) Numéro 41. — Dans son *Traité de chirurgie d'armée*, Paris, 1863, l'auteur ne dit rien de plus précis sur la pneumonie traumatique.

ou moins vive, effet immédiat de l'acte traumatique ; mais presque aussitôt surviennent du malaise, un frisson, de la fièvre, de la toux, puis les malades rejettent des crachats tantôt sanglants, tantôt rouillés, et tout à fait caractéristiques.

Dans les trois cas où la pneumonie a succédé à une contusion du thorax, j'ai vu la phlegmasie débuter au niveau même du point contus (1) ; c'est là qu'on a d'abord entendu la crépitation fine et sèche, et que le son s'est obscurci. A l'exception d'un malade chez lequel la pneumonie ne paraît pas avoir franchi le premier degré, on vit chez tous les autres la phlegmasie parvenir promptement à l'état d'hépatisation rouge.

Les crachats furent rouillés et semblables à ceux des pneumonies ordinaires ; chez un seul ils furent durant plusieurs jours tout à fait hémoptoïques, et ce n'est que plus tard qu'apparut la couleur rouillée caractéristique. Le pouls, qui s'éleva une fois jusqu'à 120, ne dépassa pas généralement 104. Le nombre des respirations varia entre 24 et 44. Chez un malade, dont l'observation m'a été communiquée par M. le docteur Barth, on nota une grande prostration, qui ne semblait pas proportionnée au peu d'étendue de la pneumonie ; chez ce malade, l'haleine devint *fétide* dès le début, et persista telle pendant environ sept jours. Ce symptôme pouvait bien faire soupçonner qu'il s'était fait un point gangréneux dans le poumon. Rouppe a noté cet accident comme étant assez fréquent dans les pneumonies qui surviennent sous l'influence d'une violence extérieure, mais l'observation clinique n'a nullement confirmé depuis l'opinion du médecin hollandais.

Chez les malades dont la pneumonie a succédé à une contusion du thorax, j'ai trouvé que le phénomène prédominant, celui qui en outre a persisté le plus longtemps, est la douleur de côté, résultat non-seulement de la pneumonie, mais plus encore peut-être de la meurtrissure des parties molles.

La pneumonie a suivi chez tous une marche régulière ; elle est restée limitée au petit espace qu'elle avait d'abord occupé ; elle s'est heureusement terminée dans tous les cas, et sa durée a été sensiblement plus courte que celle des pneumonies spontanées ou qui succèdent à un refroidissement.

Les pneumonies qui surviennent à la suite d'une contusion du thorax et peut-être même celles qui succèdent à un effort doivent être la conséquence d'une attrition, d'une déchirure du tissu pul-

(1) Chez le quatrième malade, la pneumonie siégeait à la base, mais l'observation est muette sur le point du thorax qui avait été contus.

monaire. Celle-ci peut être considérable ; M. le professeur Gosselin en a cité un très-remarquable exemple (1). Dans les cas de déchirure centrale et étendue, on peut au niveau du foyer constater tout d'abord du souffle et du gargouillement. Aussitôt après l'accident, du sang est rejeté en plus ou moins grande abondance ; bientôt les parois de la caverne s'enflamment, mais quelques-uns des signes de cette pneumonie peuvent être modifiés; c'est ainsi que la crépitation, conséquence de la phlegmasie, est masquée parfois par des râles plus humides et plus bruyants. Cependant l'hépatisation, survenant promptement, se traduit, comme dans les pneumonies primitives, et par le souffle tubaire et par de la bronchophonie; puis lorsque la résolution se fait, on perçoit la même crépitation de retour. Lorsque le désordre a été considérable, les crachats rouillés peuvent manquer, ils sont masqués ou remplacés peut-être par une expectoration franchement sanglante. Le sang rouge, rutilant d'abord, finit par être noir comme il l'est dans l'apoplexie pulmonaire. Dans l'un et l'autre cas, en effet, c'est le sang infiltré dans le poumon qui s'élimine peu à peu.

On pourrait croire qu'après ces déchirures l'inflammation du poumon devrait être toujours vive et l'issue souvent fatale. Il n'en est rien ; nous voyons, en effet, le malade dont M. Gosselin a rapporté l'intéressante histoire guérir avec une promptitude telle, qu'il était en convalescence dès le onzième jour, et qu'au quinzième la respiration était devenue partout vésiculaire. On lit aussi dans le *Moniteur des hôpitaux* (2) l'histoire d'un malade traité par le docteur Hillairet, et ayant, à la suite d'une chute faite d'un deuxième étage, subi de nombreux traumatismes, parmi lesquels, sans doute, une fracture d'une ou de plusieurs côtes avec déchirure du poumon. Le blessé présentait le troisième jour les signes d'une pneumonie double déjà arrivée au degré d'hépatisation ; il guérit néanmoins après un traitement énergique, et bien qu'il ne soit pas possible de calculer exactement la durée de son affection, on peut dire que celle-ci se termina en moins de dix à douze jours.

Lorsqu'on voit ainsi se résoudre en aussi peu de temps une inflammation consécutive à des déchirures et à de vastes crevasses du poumon, il est permis de supposer qu'il doit en être de même des pneumonies qui succèdent aux plaies pénétrantes par instrument piquant ou tranchant. Dans la plupart de ces cas, l'inflammation reste circonscrite à un petit espace, c'est ce que note égale-

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. 201.

(2) Année 1854, p. 1186 ; observation recueillie par M. Chairon.

ment M. Legouest ; elle ne dépasse pas fréquemment le premier degré, et si elle atteint jusqu'au deuxième, on voit la résolution se faire prématurément, si on la compare à ce qui se passe communément dans une pneumonie spontanée.

On comprend aisément qu'il ne doit pas en être généralement de même dans les blessures compliquées de la présence du projectile et d'autres corps étrangers entraînés avec lui. L'inflammation est communément alors plus étendue, la suppuration beaucoup plus fréquente, aussi les abcès, qui sont si rares dans la pneumonie spontanée, se rencontrent ici beaucoup plus souvent.

Ces abcès sont parfois primitifs, et sont la conséquence du travail phlegmasique qui survient immédiatement après la blessure ; ailleurs ils ne se développent que longtemps après l'accident. On lit, en effet, dans les recueils de chirurgie, une foule d'observations d'individus qui, à la suite de plaies pénétrantes, ont gardé plus ou moins longtemps dans leur poumon le projectile qui s'y est enkysté. Quelques-uns de ces malades se sont rétablis, les autres sont restés souffrants, ayant de l'oppression, expectorant plus ou moins, présentant quelques signes locaux d'induration, véritable forme de pneumonie chronique ; souvent même ils sont minés par la fièvre hectique. Mais après un temps plus ou moins long, ces individus expulsant tout à coup le corps étranger, on voit les accidents s'amender promptement, à moins pourtant que les désordres produits n'aient été trop considérables, ou que le corps étranger n'ait été l'occasion d'un développement de tubercules dans les poumons. Le corps vulnérant est parfois rendu par expectoration ; il sort accompagné d'une quantité de pus plus ou moins considérable. Ailleurs, ayant cheminé jusqu'à la plèvre, il y suscite une phlegmasie adhésive, puis le travail morbide se propage aux parois, et à la faveur d'un abcès qui se produit, on voit le corps étranger être éliminé.

Ce que je viens de dire s'applique aux corps vulnérants violemment introduits à travers les parois thoraciques ; mais nous avons vu que des accidents inflammatoires pouvaient également être provoqués par ceux qui s'introduisaient par la partie supérieure du larynx. Les désordres sont ici moins considérables, quoique souvent le corps vulnérant ait parcouru un long trajet dans le poumon. C'est ainsi qu'on a vu des épis de diverses graminées conservés dans la bouche s'acheminer vers le larynx, y pénétrer, s'enfoncer fort avant dans les bronches, labourer en quelque sorte le poumon, et s'ouvrir, à la faveur d'un abcès, une issue sur un point des parois thoraciques, après n'avoir provoqué souvent

que des accidents de pneumonie fort circonscrite. Tel est le fait cité par Bailly, et dont il a été déjà question plusieurs fois. Telle est encore l'observation publiée par M. Stanski, où la pneumonie parut occuper un petit espace. Si dans ce dernier cas le malaise et la faiblesse furent portés à un plus haut degré que de coutume, cela tenait sans doute à l'état maladif antérieur, aux tubercules pulmonaires qui existaient avant l'accident, et qui s'étaient déjà révélés par des signes rationnels.

Les phénomènes produits dans cette espèce de pneumonie traumatique ne diffèrent pas de ceux des pneumonies ordinaires; c'est ce qui eut lieu du moins pour les malades de MM. Bailly et Stanski. Chez le premier, le corps étranger ne provoqua des signes de pneumonie que trois mois après son introduction; dans le deuxième, au contraire, la pneumonie se déclara dès le deuxième ou troisième jour. Arrivé au cinquième ou sixième jour, l'haleine devint fétide, et le malade expectora une grande quantité de matières purulentes. Dans les deux cas dont je parle, le corps étranger s'échappa à la faveur d'un abcès développé dans les parois thoraciques. Le malade de Bailly guérit, mais la femme de M. Stanski mourut non de l'accident, mais par le progrès de la phthisie dont elle était atteinte.

J'ignore si la nature des corps étrangers introduits du larynx dans les poumons influe sur les symptômes, sur la marche, sur la durée et la terminaison de la pneumonie qu'ils provoquent. La chose est probable, mais les faits manquent encore pour l'affirmer. Supposez, en effet, la pénétration d'un de ces corps étrangers incapables par eux-mêmes de cheminer dans les poumons, comme le seraient une pièce de monnaie, un fragment d'os, etc., on les voit s'engager le plus souvent au commencement de la bronche droite, et provoquer l'inflammation des parties voisines, comme dans les faits rapportés par les docteurs Gilroy et Houston. Cependant, invariablement fixés dans le même point par la disposition des parties, ils ne peuvent être expulsés que par la voie qu'ils ont suivie pour y pénétrer. Ce mode d'élimination est toujours difficile à s'effectuer; aussi les pneumonies qui surviennent dans ces conditions me paraissent devoir se terminer plus souvent d'une manière funeste. C'est ainsi que dans l'observation du docteur Gilroy, le malade succomba au bout de trois mois avec un vaste abcès dans le poumon droit, et dans le fait cité par M. Houston, la mort arriva onze jours après, et fut la conséquence d'une pneumonie qui, ayant envahi d'abord tout le poumon droit, avait fini par frapper le poumon gauche lui-même.

En résumé, les faits nouveaux ont pleinement confirmé ce que je disais déjà dans la première édition, savoir : que la pneumonie traumatique est généralement circonscrite autour de la lésion qui l'a fait naître et qu'elle n'a pas la tendance extensive de l'inflammation spontanée; sa marche aussi est plus simple, sa durée plus courte, sa terminaison le plus souvent heureuse. Ceci s'applique surtout aux pneumonies qui succèdent à une contusion, à une déchirure, à une plaie par instrument piquant ou tranchant ; mais nous avons dit qu'il n'en était pas de même de celles qui, consécutives à la pénétration de corps étrangers mus par la poudre à canon, venaient compliquer un état traumatique déjà des plus fâcheux. Ces dernières sont à peu près les seules qui se terminent par abcès ; ce sont les seules aussi après lesquelles on voit persister un état morbide qui rappelle la pneumonie chronique. Je suppose ici que le corps étranger est resté dans les tissus ; car s'il a été expulsé, la pneumonie rentre à peu près dans la catégorie des pneumonies traumatiques ordinaires ; lorsque les malades succombent, c'est communément bien moins par la pneumonie que par d'autres complications, et par les désordres d'un traumatisme très-étendu. Cette bénignité ordinaire des pneumonies traumatiques n'est pas un fait exceptionnel, mais général, s'appliquant à un grand nombre de phlegmasies. Il importe, en effet, de remarquer ici que la pneumonie qui survient par le fait d'une violence extérieure est en quelque sorte un acte physiologique, un acte réparateur se produisant chez un individu en général bien portant, et dans un organe qui n'a communément aucune prédisposition morbide. Il n'en est plus de même de la pneumonie spontanée ou de celle qui éclate après l'impression d'une de ces causes banales dont l'individu avait nombre de fois subi les atteintes sans aucun dommage. Dans ce cas, on ne saurait méconnaître l'intervention nécessaire d'une cause interne, d'une *inconnue* dont l'action ne s'épuise pas tout de suite, mais se prolonge souvent bien au delà, de manière à modifier d'une manière fâcheuse la marche, la durée et l'issue de la maladie.

Nous avons vu que les pneumonies traumatiques se caractérisent communément par les mêmes signes que les pneumonies spontanées. Je rappellerai pourtant encore que l'expectoration caractéristique manque plus souvent dans les premières, et qu'elle y est en outre très-fréquemment remplacée par une hémoptysie plus ou moins abondante, qui s'explique par la violence exercée sur l'organe. Quant aux signes physiques fournis par l'auscultation, il importe de remarquer encore que la crépitation peut être voilée et même

complétement masquée par des râles muqueux, parfois même par un véritable gargouillement qui se passe dans les bronches ou dans un foyer résultant de la blessure. L'emphysème si commun après les plaies du poumon et les épanchements sanguins qui ont lieu si fréquemment dans la plèvre peuvent également masquer la crépitation ; si les crachats caractéristiques font également défaut, on ne peut guère que soupçonner la complication ; et on le fait en raison surtout de l'intensité du mouvement fébrile qui se déclare.

ARTICLE II.

PNEUMONIES CONSÉCUTIVES.

Les pneumonies secondaires peuvent non-seulement revêtir les mêmes formes que les pneumonies primitives, mais elles en ont aussi qui leur sont presque spéciales ; c'est ce qu'on verra bientôt. On peut établir d'une manière générale, que la forme qu'affecte la pneumonie est surtout déterminée par la nature de la maladie première qu'elle vient compliquer, par la période à laquelle celle-ci est parvenue, ainsi que par l'état dynamique du sujet.

Je n'ai jamais vu de pneumonie consécutive affecter la forme *bilieuse ;* cela dépend uniquement de la rareté de celle-ci ; car il est bien certain que, si une constitution bilieuse venait à se montrer, nous la verrions influencer aussi bien les symptômes des pneumonies secondaires que ceux des pneumonies primitives. N'ai-je pas vu, pendant la constitution catarrhale épidémique de 1837, toutes les pneumonies sans exception qui survenaient chez des individus déjà malades porter le cachet de la constitution régnante. On peut établir, comme proposition générale, que presque toutes les pneumonies qui se déclarent dans le cours des affections graves ont une grande tendance à revêtir la forme typhoïde ou bien à devenir latentes.

Beaucoup de pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies aiguës et chroniques s'accompagnent donc surtout de symptômes typhoïdes, et elles affectent particulièrement la forme adynamique. Je ne parlerai point ici des inflammations pulmonaires qui se déclarent chez les individus atteints de fièvre grave, de scorbut, de morve, de résorption purulente ou de gangrène ; car les symptômes adynamiques ou ataxiques qu'on observe constamment alors sont généralement primitifs ; ils ont précédé le développement de la pneumonie, et sont essentiellement dépendants de la maladie principale ; la pneumonie intercurrente a eu surtout pour effet de

les augmenter notablement. La forme typhoïde survient d'autant plus facilement que le sujet est plus âgé, qu'il a été plus affaibli par la maladie ou par le traitement.

La nature de l'affection première a également la plus grande part sur la forme spéciale qu'aura la pneumonie intercurrente. Toutes les fois que la maladie est générale, c'est-à-dire toutes les fois qu'elle a son point de départ dans une altération plus ou moins profonde des solides ou des fluides, une pneumonie intercurrente se présentera presque toujours avec des symptômes adynamiques ou ataxiques. C'est ce qu'on voit dans les pneumonies qui surviennent dans le cours des varioles. Il en est de même pour celles qui se déclarent pendant la durée ou dans la convalescence de la rougeole; celles-ci présentent des symptômes typhoïdes plus ou moins graves dans la moitié des cas.

Après les fièvres éruptives, ce sont les affections cancéreuses, puis les phthisies avancées, les maladies organiques des reins et du foie dont les pneumonies intercurrentes se sont accompagnées le plus fréquemment de symptômes typhoïdes. La forme adynamique a été un peu moins commune chez les individus atteints d'affections organiques du cœur et des gros vaisseaux.

J'ai également remarqué que presque toutes les pneumonies qui surviennent chez les individus paralysés depuis longtemps s'accompagnent de symptômes adynamiques. Ces résultats sont confirmés par les recherches de M. Thore à l'hospice de Bicêtre. Ce médecin distingué a vu que les pneumonies qui atteignaient les déments paralytiques affectaient presque toujours la forme adynamique; mon ami le docteur Baillarger a fait la même observation. On s'explique facilement cette tendance de la pneumonie et de toute maladie aiguë à revêtir une forme adynamique chez les sujets en démence, car leur constitution est affaiblie, souvent même profondément détériorée par la maladie, et plus encore peut-être par les conditions hygiéniques défavorables qui les environnent.

Il paraît également, d'après les recherches de W. Stokes (1), que le *delirium tremens* s'accompagnerait assez fréquemment de pneumonie affectant la forme typhoïde. Le même auteur dit encore que de toutes les complications qui peuvent amener la mort chez les dypsomanes, l'inflammation des poumons est la plus fréquente. Il eût été à désirer que M. Stokes indiquât si la pneumonie survenait indistinctement pendant la forme aiguë du *delirium tremens*, ou si au contraire (et la chose est plus probable) si la complication

(1) *Loc. cit.*, p. 31.

phlegmasique était plus commune chez les sujets qui, par suite de leur passion ignoble, avaient eu de fréquentes récidives et éprouvaient cet état de démence, d'imbécillité et de paralysie générale, qui est si souvent consécutif aux accès répétés du délire crapuleux. Quoi qu'il en soit, tout le monde est d'accord aujourd'hui sur la fréquence, sur la gravité exceptionnelle et la marche rapide des pneumonies qui frappent les individus usant avec excès des boissons alcooliques. L'abus de l'alcool crée chez ces sujets un véritable état maladif habituel qui fait que les phlegmasies, et surtout que les phlegmasies pulmonaires, dont ils sont atteints, peuvent être considérées comme des lésions secondaires; elles en ont en effet la plupart des caractères.

En général, c'est la forme adynamique de l'état typhoïde qu'on observe le plus souvent dans les pneumonies consécutives. Cependant il est assez fréquent de voir en même temps les malades délirer. Ainsi sur vingt-deux individus chez lesquels l'état des facultés mentales a été noté, il en est six qui présentèrent du délire à une époque plus ou moins voisine de la mort, proportion qui est plus considérable que celle qu'on trouve pour les pneumonies primitives.

J'ai dit que les pneumonies secondaires étaient souvent latentes; on a pu se convaincre en effet précédemment que les pneumonies qui surviennent dans le cours d'une maladie grave ne déterminent souvent aucun trouble apparent, ou du moins aucun trouble grave, dans les fonctions respiratoires; aussi le médecin néglige-t-il fréquemment de faire une exploration attentive. L'erreur est surtout plus difficile à éviter si l'on observe des individus qui par leur âge ou par suite de l'état de leur intelligence, ne rendent aucun compte de leurs sensations, ou donnent des renseignements propres à induire en erreur; tels sont les enfants et aussi beaucoup d'aliénés. Il semble en effet que, chez ces derniers, la perturbation des fonctions cérébrales ait souvent pour effet d'émousser ou de limiter les sympathies. Comme nous l'avons vu pour les vieillards, il n'est pas très-rare de rencontrer dans les établissements consacrés au traitement de l'aliénation mentale, des individus qui ont une hépatisation de tout un lobe, ou même de la plus grande partie d'un poumon, sans qu'une aussi grave altération soit même soupçonnée; car ces malades continuent à marcher et à se promener; on ne les voit pas tousser, ils ne se plaignent pas parce qu'ils sont préoccupés de leurs idées fixes ou emportés par la mobilité de leur délire, circonstances qui empêchent souvent aussi d'apprécier et de rapporter à la cause véritable l'altération qu'on trouve quel-

quefois imprimée sur leurs traits. Enfin succombant tantôt brusquement et dans une espèce de syncope, quelquefois dans l'espace de quelques heures et dans un état d'orthopnée effroyable, on découvre avec surprise à l'autopsie une inflammation étendue des poumons (1).

La pneumonie peut devenir latente chez les enfants pour les mêmes raisons qui la rendent telle chez les adultes et chez les vieillards. Mais chez les premiers, l'état latent doit aussi être souvent attribué à ce que la maladie affecte très-fréquemment la forme lobulaire, maladie dont le diagnostic présente beaucoup de difficultés; c'est ce que nous avons vu précédemment en traitant de la broncho-pneumonie; c'est ce que nous exposerons encore à propos du diagnostic. On peut dire que de toutes les formes des pneumonies, celles qui surviennent dans le cours des infections purulentes, pourvu qu'elles ne soient pas lobaires, sont à peu près les seules qui soient presque constamment, et je dirais volontiers qui soient presque nécessairement latentes. Les résultats fournis par la percussion et par l'auscultation sont, dans ce cas, presque toujours à peu près négatifs à cause de la dissémination de la lésion par points circonscrits. L'accélération des mouvements respiratoires, la sensation d'oppression, peuvent bien appeler l'attention vers les organes pectoraux, mais ces signes n'ont rien de caractéristique; ils existent, d'ailleurs, dans des cas où les poumons sont tout à fait sains; ils semblent dépendre alors du trouble général de l'innervation; la toux elle-même, qui, lorsqu'elle existe alors, est presque toujours rare, semblerait être souvent plutôt l'effet de la violence de la fièvre, que d'une atteinte directe portée sur les organes respiratoires; enfin les crachats manquent, et dans les cas où il en existe, ils sont plutôt *suspects* que vraiment caractéristiques. On voit donc que la pneumonie métastatique peut être soupçonnée, devinée, mais rarement diagnostiquée.

(1) Calmeil, *Maladies incidentes des aliénés* (*Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. II, p. 195).

CHAPITRE XI

CONVALESCENCE. — ACCIDENTS CONSÉCUTIFS. — RECHUTES.

On sait que la convalescence est cet état intermédiaire à la maladie qui n'existe plus, et à la santé qui n'est pas encore revenue. Il y a souvent beaucoup d'arbitraire dans la manière dont on la fixe ; il nous a paru que relativement à la pneumonie, la convalescence pouvait être datée de l'instant où la fièvre ayant *complétement* cessé, les malades pouvaient supporter quelques aliments légers.

De toutes les maladies aiguës qui mettent la vie en péril, la pneumonie est une de celles dont la convalescence marche le plus rapidement et le plus franchement. En général, les fonctions digestives qui ont été peu atteintes se rétablissent vite ; la plupart des malades témoignent du désir de manger, ou du moins de prendre quelque aliment liquide, lorsque la fièvre n'est pas encore entièrement éteinte ; dès qu'elle a cessé, ils peuvent supporter une assez grande quantité de nourriture solide sans en être incommodés. Quoique l'appétit soit communément assez développé, je ne l'ai jamais vu pourtant se faire sentir d'une manière aussi impérieuse que chez beaucoup d'autres convalescents, particulièrement chez quelques-uns des individus qui relèvent d'une fièvre typhoïde ou du typhus épidémique.

Dans les cas où la pneumonie a été franche, dégagée de toute complication, les forces renaissent aussi avec beaucoup de rapidité ; ce fait ne doit point surprendre, car j'ai noté précédemment que les forces étaient assez peu prostrées dans le plus grand nombre des pneumonies qui affectent les adultes. Cependant il est quelques circonstances qui rendent le retour des forces plus long que de coutume ; ces conditions sont : l'âge avancé des sujets, la gravité de la maladie, sa durée insolite, ses complications et surtout la forme de l'affection. Ce qui m'a frappé le plus dans la convalescence de la forme adynamique, c'est la lenteur avec laquelle les forces reviennent, quoique cependant les fonctions digestives soient presque toujours dans un état à peu près parfait d'intégrité. Presque tous les malades ont même quitté l'hôpital avant d'être en état de pouvoir travailler, bien qu'ils fussent arrivés entre le trentième et le cinquante-cinquième jour, à dater du début ; par conséquent il m'a été impossible de savoir jusqu'à quelle époque cet anéantissement des forces avait subsisté.

Dans l'épidémie de Noyers, M. Torchet a également noté la longueur de la convalescence pendant laquelle on voyait, comme après les maladies graves, la chute des cheveux et de l'épiderme, l'œdème autour des malléoles. Je n'ai jamais noté ces phénomènes; j'avoue pourtant que je ne les ai pas généralement recherchés; il est probable qu'ils n'ont pas eu lieu, car l'œdème du moins eût été facilement constaté par nous; il effraye souvent les malades, il produit d'ailleurs de la gêne et quelquefois de la douleur, il est donc probable que nous aurions été prévenu de son apparition, s'il eût existé.

J'ai souvent été surpris de trouver l'embonpoint encore assez bien conservé chez des malades qui avaient échappé aux dangers d'une pneumonie grave ayant exigé un traitement très-actif. On peut encore dire de l'embonpoint, ce que je disais tantôt des forces, savoir : que de toutes les maladies aiguës qui mettent la vie en péril, la pneumonie est peut-être celle qui produit le moins d'amaigrissement. Cette proposition est vraie pour les adultes et pour les vieillards, elle l'est peut-être aussi pour les enfants, même pour les plus jeunes.

Je ne dirai rien du bruit de souffle carotidien, ni des sensations diverses que les convalescents éprouvent, parce que j'ai négligé d'interroger les malades sur ces points; dans les cas rares où je l'ai fait, je n'ai obtenu que des réponses négatives. Toutefois, on peut établir que par cela même que la convalescence de la pneumonie est courte, on ne doit pas observer pendant sa durée tous les phénomènes d'excitation ou de perversion nerveuse qu'on retrouve chez les sujets qui ont été très-affaiblis, ou dont les centres sensoriaux ont été fortement ébranlés.

Pendant que les fonctions qui ont été sympathiquement troublées durant la maladie, reviennent à leur état physiologique, et lorsqu'elles ont repris toute leur intégrité, on peut, dans la plupart des cas, retrouver encore quelque phénomène morbide du côté de l'organe qui a été le siége de l'affection. J'ai dit, en effet, précédemment, que la plupart des individus qui quittaient l'hôpital, assez forts pour pouvoir reprendre leurs pénibles travaux, toussaient cependant encore plus ou moins, et que l'exploration attentive de la poitrine prouvait que le poumon n'avait pas encore repris chez eux toute sa perméabilité.

La douleur de côté est encore un phénomène consécutif de la pneumonie pouvant persister pendant des semaines et même durant plusieurs mois. Chez cinq malades, le point de côté, qui avait complétement cessé ou qui était si peu marqué que ces individus

disaient ne plus souffrir, s'est réveillé ensuite tout à coup; il a acquis en peu de temps beaucoup d'intensité, bien qu'on fût arrivé à une période déjà avancée de la convalescence, puisque plusieurs avaient déjà quitté l'hôpital et repris leurs travaux. Cette douleur de côté ne s'accompagnait d'ailleurs ni de fièvre, ni d'aucun trouble appréciable vers les principales fonctions; mais en auscultant la poitrine dans le point correspondant à la douleur, on constatait le plus communément un bruit de frottement pleural plus ou moins intense. C'est donc là un phénomène complétement étranger à la pneumonie; il dépend exclusivement de la pleurésie concomitante. Ce sont en effet les fausses membranes qui, hérissant la plèvre, lui ont fait perdre son poli, qui sont la cause unique du frottement que l'oreille et souvent même que la main distinguent dans le double mouvement d'inspiration et d'expiration, soit au déclin, soit pendant la convalescence d'un grand nombre de pneumonies.

Rechutes. — De toutes les maladies aiguës, la pneumonie est une de celles dans lesquelles les rechutes ont lieu le plus rarement; je ne les ai observées, en effet, que sur un vingt-huitième des malades, proportion peu forte, si on la compare à celle qu'on trouve pour les fièvres intermittentes, par les érysipèles, par les coliques de plomb, par les fièvres typhoïdes même. Cependant, quelques auteurs ont observé les rechutes en nombre plus considérable que moi; c'est ainsi que M. le docteur Briquet paraît avoir vu seize rechutes sur quatre-vingt-deux pneumonies (1). Cette différence tient-elle au traitement employé ou au régime? Je ne le pense pas. D'ailleurs, pour être suffisamment fixé à ce sujet, il faudrait savoir précisément ce que M. Briquet entend par rechute. Appelle-t-il de ce nom les cas où les symptômes de la pneumonie, s'étant un peu amendés, reprennent ensuite avec une nouvelle intensité; ce ne serait là qu'une recrudescence, et je n'ai point à m'en occuper ici. Quant à moi, je n'ai regardé comme rechute que les cas dans lesquels une pneumonie a reparu pendant la convalescence, à une époque où celle-ci n'était pas encore achevée. J'ai cru nécessaire d'entrer dans ces détails, afin d'expliquer pourquoi mes résultats sont en apparence si différents de ceux obtenus par d'autres auteurs.

Les malades chez lesquels j'ai observé une rechute de la pneumonie étaient à peu près également partagés entre les deux sexes;

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. VII, p. 481. — Bien que M. Briquet ait employé le mot *récidive*, j'ai prouvé plus haut que cet auteur avait sans doute voulu dire *rechutes*.

leur âge a été très-variable. Une circonstance qui mérite d'être notée, c'est que huit d'entre eux étaient affectés d'une pneumonie du sommet, ce qui semblerait indiquer que les phlegmasies du lobe supérieur sont plus sujettes aux rechutes que celles qui envahissent le lobe opposé. M. Briquet est arrivé au même résultat. A quelle cause rapporter la différence qui paraît exister, sous ce rapport, entre les pneumonies du sommet et celles de la base? M. Briquet pense que si les rechutes sont plus faciles dans les premières, cela tient à la présence des tubercules, si communs au sommet, si rares par contre à la base. Je ne saurais, quant à présent, partager cette opinion, attendu que chez aucun des malades qui ont eu des rechutes je n'ai constaté aucun des signes rationnels ou physiques des tubercules.

Les rechutes ont eu lieu, en apparence, d'une manière spontanée et sans l'intervention manifeste d'une cause occasionnelle quelconque. J'ai vainement recherché surtout si les malades s'étaient refroidis, ou s'ils avaient commis quelque écart de régime. J'avoue, pourtant, qu'il n'est pas toujours aisé de connaître la vérité à cet égard. Les rechutes de la pneumonie furent observées du treizième au seizième jour de la maladie; chez un seul individu, il y eut trois rechutes successives, et la troisième arriva vers le vingt-septième jour, à partir du début des premiers accidents.

Les symptômes qui accompagnaient les rechutes furent à peu près les mêmes que ceux de l'affection première chez deux des malades; un frisson violent marqua chez eux le retour du mal, il fut suivi tout aussitôt d'un point de côté, la fièvre se ralluma, des crachats rouillés furent rendus, et l'on vit reparaître la crépitation et le souffle tubaire. Chez les autres malades, la rechute n'a pas été annoncée par le frisson, mais la fièvre a subitement fait explosion, les crachats sont devenus plus visqueux, plus aérés, même rouillés, et l'on a vu revenir, soit la crépitation, soit le souffle bronchique qui avaient diminué ou disparu même depuis plusieurs jours.

Les faits que j'ai recueillis prouvent que les rechutes ont une durée plus courte que la maladie première. Chez cinq malades, la solution toujours heureuse se fit en un, deux ou trois jours, et chez les autres elle ne dépassa pas six jours; l'affection, en recommençant lorsqu'elle était à peine éteinte, a donc offert une gravité beaucoup moins grande que celle de l'affection primitive. Chez un seul malade pourtant qui éprouva trois rechutes successives, la durée de chacune d'elles fut de huit et neuf jours, et les symptômes généraux ont été d'autant plus fâcheux chez lui que la maladie se re-

produisit plus souvent ; il courut les plus grands dangers pendant la dernière rechute.

La convalescence peut être entravée, non-seulement par des rechutes de l'affection qui vient de se terminer, mais par l'apparition de maladies nouvelles. C'est ainsi que j'ai vu se déclarer pendant la convalescence de la pneumonie, une variole ou une varioloïde chez trois, un érysipèle de la face chez deux, une scarlatine chez un. On peut voir encore survenir pendant la convalescence d'une pneumonie une de ces paralysies musculaires parfois partielles, le plus souvent généralisées, extensives, presque toujours ascendantes, sur lesquelles l'attention a été plus spécialement fixée dans ces derniers temps par M. Gubler (1). Cet accident pourtant est fort rare à la suite des phlegmasies thoraciques, je n'en ai encore observé qu'un seul exemple (2). M. le docteur Macario, à qui le hasard en a montré plusieurs, a voulu faire de cette paralysie une espèce distincte sous le titre de *paralysie pneumonique* (3). Nous ne saurions admettre cette opinion. La paralysie consécutive aux pneumonies est si rare, si exceptionnelle, qu'il est bien permis de la considérer comme un fait accidentel, comme une complication purement fortuite, à la production de laquelle la pneumonie a pu avoir sans doute une certaine part, mais sans pouvoir établir pourtant un rapport étiologique spécial. On peut donc affirmer qu'il est assez rare de voir les individus contracter quelque maladie nouvelle pendant la convalescence d'une pneumonie ; on conçoit d'ailleurs qu'il doit en être ainsi, car nous avons vu que dans les pneumonies franches, les forces ayant été peu prostrées se recouvraient promptement ; lorsque la faiblesse a été plus grande, elle persiste en général un peu moins que dans la plupart des autres maladies aiguës ; par conséquent, on voit manquer ici les deux conditions qui paraissent avoir la principale influence dans la production des maladies incidentes qui affectent les convalescents.

Il est des cas de convalescence trompeuse. Il peut arriver, comme je l'ai déjà dit, que les symptômes aigus de la pneumonie cessent tout à fait ; le malade semble entrer en convalescence, mais les forces, l'embonpoint ne reviennent pas ou ne reprennent qu'incomplétement, et un examen attentif permet alors de reconnaître qu'une portion du poumon est restée imperméable, et que la pneumonie est passée à l'état chronique. On a vu combien cette terminaison de la maladie était rare. Une cause encore peu commune

(1) *Archives générales de médecine*, années 1860 et 1861.

(2) Je l'ai vu en ville, appelé en consultation par M. le docteur Goupil père.

(3) *Gazette médicale de Paris*, année 1858.

des fausses convalescences, mais pourtant beaucoup moins rare que la précédente, c'est le développement de tubercules pulmonaires, soit que ces produits morbides se développent rapidement, soit, ce qui est plus probable, qu'antérieurs à la pneumonie, celle-ci ait pour effet de les multiplier et d'en hâter le ramollissement. Je renvoie l'examen de cette question importante au chapitre dans lequel je rechercherai quelles sont les maladies aiguës ou chroniques que la pneumonie peut aggraver ou produire.

Je n'ai rien à dire de spécial sur la convalescence des pneumonies secondaires, si ce n'est qu'elle est incomparablement plus longue que celle des pneumonies primitives; d'ailleurs il est le plus souvent difficile d'en calculer la marche et la durée, attendu qu'il faut aussi tenir compte de l'affection première, à qui revient le plus souvent la plus grande part dans l'affaiblissement des malades et dans la langueur qui atteint les principales fonctions.

CHAPITRE XII

DE LA MORT DANS LA PNEUMONIE ET DE SES CAUSES.

Lorsque la pneumonie eut une issue funeste, la mort eut lieu entre le cinquième et le dix-neuvième jour, pour les pneumonies primitives; entre le deuxième et le dixième, pour les secondaires. Ni dans les unes ni dans les autres, je n'ai reconnu qu'il y eût une tendance marquée à se terminer par la mort préférablement à certains jours, comme le croyaient quelques auteurs anciens. Nous ne pouvons guère préciser suivant quel mécanisme la mort survient dans la pneumonie. Nous voyons dans cette affection une lésion matérielle plus ou moins étendue d'un organe important troubler les fonctions principales, modifier et presque dénaturer les lois vitales; mais après avoir constaté tout cela, il nous est encore impossible de percer le voile épais qui nous dérobe les mystères de la nature dans le terrible passage de la vie à la mort. Le génie de Bichat avait vainement lutté contre ces difficultés; aussi ce grand physiologiste ne s'est-il guère occupé, dans ses recherches, que des morts rapides qui sont le résultat subit d'un grand trouble excité dans l'économie, parce que dans ce cas, en effet, l'observation permet de déterminer suivant quelles lois et suivant quel ordre nos diverses fonctions s'éteignent. Il est des pneumonies qui sont

suivies d'une issue funeste, sans que nous puissions nous rendre compte de la mort par le nombre et par l'étendue des altérations organiques ; c'est ce que j'ai vu pour deux individus, et M. Louis a trouvé lui-même que sur trente-quatre pneumonies qui s'étaient terminées d'une manière funeste, quatre fois la mort ne pouvait être expliquée par l'état de l'organe primitivement affecté, et même chez deux d'entre eux, il n'était pas possible de se rendre compte de la terminaison de la maladie au moyen des lésions de quelque organe que ce fût (1). M. Louis a judicieusement fait remarquer que lorsqu'on recherche la cause de la mort, on doit non-seulement avoir égard aux lésions matérielles des organes, mais encore au trouble des fonctions. C'est ainsi que les pneumonies peuvent faire périr par suite d'une dyspnée devenue assez considérable pour intercepter quelque temps la respiration. C'est ce que j'ai vu chez une vieille femme qui était à la fois rachitique, emphysémateuse et affectée d'un rétrécissement des orifices du cœur ; sous l'influence de cette triple lésion, elle avait habituellement une dyspnée assez considérable ; une pneumonie s'étant déclarée dans ces conditions, bien que la phlegmasie fût limitée à un espace circonscrit, l'oppression néanmoins augmenta d'une manière disproportionnée, et la malade parut succomber par l'interruption de la respiration, ou par asphyxie. Dans des cas pareils, on devrait toutefois, avant de conclure, examiner l'artère pulmonaire dans son tronc comme dans ses ramifications principales, pour voir si le vaisseau ne serait point obstrué par un caillot venu de plus ou moins loin, ou bien formé sur place. C'est là une recherche que je n'ai point faite.

Dans quelques cas, ce serait par la violence du délire, par l'épuisement qu'il produit, qu'il faudrait expliquer la mort des individus ; c'est ainsi que plusieurs des malades qui eurent un délire violent, tombèrent à la suite de cette surexcitation dans un collapsus profond, et succombèrent réellement comme si chez eux l'innervation était éteinte.

Bichat a dit que si l'on étudie les phénomènes de l'agonie, on ne tarde pas à se convaincre que dans le plus grand nombre des cas de morts produites par les diverses maladies, la vie commence à s'éteindre par le poumon. Celui-ci, en effet, s'embarrasse, la respiration est pénible, l'air sort et entre avec peine, la coloration du sang ne se fait que très-difficilement, il passe presque noir dans les artères ; il y a ici une sorte d'asphyxie lente (2). Ces idées de Bichat

(1) *Fièvre typhoïde*, 2e édit., t. I, p. 399.

(2) *Recherches sur la vie et la mort*, édition de Magendie, p. 456.

sont surtout vraies pour un grand nombre de cas de pneumonie. J. Frank avait aussi signalé l'oblitération des bronches, comme une cause de mort dans les inflammations pulmonaires (1). Plus récemment, M. le professeur Piorry a étudié ce sujet plus complétement (2) et a prouvé l'influence que pouvait exercer l'accumulation dans les bronches d'une grande quantité de mucosités qui, s'opposant à l'entrée de l'air, finissaient par produire une véritable asphyxie. Ces conditions se trouvent souvent dans la pneumonie, spécialement chez les enfants et chez les vieillards. Aux deux extrêmes de la vie, les mucosités sécrétées dans les bronches ont une grande tendance à s'accumuler dans ces conduits à cause de la difficulté de l'expectoration ; cette difficulté dépend de ce que les forces s'épuisent plus vite chez ces sujets ; et d'ailleurs, le décubitus dorsal, qui est presque habituel, explique aussi pourquoi les liquides engouent si souvent les tuyaux aériens. Il n'est donc point nécessaire de supposer avec W. Stokes, une paralysie des muscles circulaires de Resseissen. Ce sont ces liquides ainsi accumulés et non expulsés qui produisent le râle trachéal qu'on entend pendant l'agonie. Convenons, en terminant, que l'écume bronchique ne fait qu'accélérer le moment fatal et le rendre peut-être plus pénible pour les malades comme pour les assistants ; mais elle ne le provoque point à elle seule, et presque toujours on trouve dans les poumons ou ailleurs assez de lésions matérielles, ou bien, pendant la vie, on a observé des troubles fonctionnels assez graves pour s'expliquer, même sans son intervention, l'issue fatale de la maladie. La présence de l'écume bronchique me paraît être presque toujours un phénomène d'agonie commençante.

CHAPITRE XIII

INFLUENCE DE LA PNEUMONIE SUR LA PRODUCTION ET SUR LA MARCHE DE PLUSIEURS MALADIES.

Une pneumonie survenue chez un sujet bien portant peut devenir la cause occasionnelle d'une autre maladie, soit dans le poumon, soit dans un autre organe; d'autres fois, la pneumonie, sur-

(1) *Praxeos medicæ*, pars secund., vol. II, p. 375.

(2) *Procédé opératoire*, p. 323, et *Médecine pratique*, 7e livraison, 1835.

venant dans le cours d'une autre affection déjà bien caraciérisée, exerce sur celle-ci une influence, tantôt favorable, tantôt fâcheuse. Ce sont là des questions très-importantes, communément fort négligées, à l'examen desquelles je dois consacrer quelques instants. J'étudierai successivement l'influence de la pneumonie sur la production et sur la marche des maladies du poumon et du cœur; je rechercherai ensuite si, comme on l'a dit, la pneumonie peut quelquefois produire ou guérir des maladies affectant des organes plus ou moins éloignés; enfin, je terminerai par indiquer ce qu'on doit craindre lorsqu'une inflammation pulmonaire affecte une femme enceinte, et l'influence que la maladie peut exercer sur la marche de la grossesse, et sur le produit de la conception.

ARTICLE PREMIER.

INFLUENCE DE LA PNEUMONIE SUR LA PRODUCTION ET SUR LA MARCHE DES MALADIES DU POUMON.

Lorsqu'on réfléchit aux changements que l'inflammation apporte dans la structure du tissu pulmonaire, aux modifications intimes que subit la nutrition de ce viscère, on conçoit facilement que, sous l'influence de dispositions organiques spéciales et préexistantes, la pneumonie devienne la cause occasionnelle de plusieurs altérations consécutives plus ou moins graves. C'est ainsi qu'on a regardé l'inflammation comme pouvant donner lieu à l'emphysème et à l'œdème des poumons, à la dilatation des bronches et aux tubercules. Je vais examiner successivement la valeur de ces différentes opinions.

§ 1er. — Influence de la pneumonie sur l'emphysème pulmonaire et sur la dilatation des bronches.

Il semble à priori que l'emphysème pulmonaire dût être une suite fréquente et même presque forcée de la pneumonie. En effet, lorsque le poumon est hépatisé, les vésicules sont agrandies, leurs parois sont épaissies, et leur cavité est obstruée par un liquide plus ou moins visqueux; il semblerait donc rationnel de croire qu'à l'époque de la résolution, quelques-unes des vésicules frappées d'atonie dussent conserver une ampleur plus considérable que d'ordinaire. Cependant il n'en est rien, car aucun des malades dont j'ai recueilli l'histoire, et dont plusieurs étaient affectés de pneumonie pour la troisième, la quatrième ou la cinquième fois,

n'avaient éprouvé, dans l'intervalle de leurs récidives, aucun des symptômes de l'emphysème pulmonaire. Il faut en outre remarquer que, chez la plupart des malades, l'emphysème occupe d'abord le bord tranchant des poumons ; c'est là du moins qu'il a son maximum de développement, et pourtant c'est précisément cette portion de l'organe qui est le plus rarement frappée de phlegmasie. M. Louis (1) pense également que la pneumonie, malgré la dilatation des vésicules qui l'accompagne, semble étrangère au développement de l'emphysème. Le même auteur a cité l'histoire d'un emphysémateux chez lequel l'oppression ne fit pas de progrès sensibles après une pneumonie dont il fut affecté (2).

J'ai cru reconnaître aussi que la pneumonie qui survenait chez un individu atteint d'emphysème ne paraissait pas aggraver cette dernière maladie; parmi les emphysémateux dont j'ai recueilli l'histoire, il en est trois, peut-être même quatre, qui furent atteints une ou deux fois de pneumonie, sans que ces individus aient remarqué que la dyspnée ait augmenté d'une manière notable à la suite de cette dernière affection. Nous pourrions donc conclure de ce qui précède que la pneumonie n'a qu'une influence douteuse ou nulle dans le développement de l'emphysème pulmonaire, et que même, lorsqu'elle survient chez un sujet déjà atteint de cette dernière maladie, elle ne paraît pas, le plus souvent, l'aggraver du moins d'une manière notable. Cependant, pour que la dernière conclusion fût rigoureuse, il faudrait posséder un certain nombre de faits dans lesquels la pneumonie aurait envahi les portions mêmes du poumon dont les vésicules étaient dilatées. Or, c'est ce qu'il m'est impossible d'affirmer pour mes malades. Je prie pourtant le lecteur de se rappeler ce que j'ai dit à l'anatomie pathologique (page 56), où j'ai donné quelques résultats en opposition avec ce que j'indique actuellement. J'ai avancé, en effet, que l'emphysème vésiculaire n'était pas rare sur le cadavre des enfants morts de pneumonie ; j'ajouterai que tout prouve que cette lésion était récente. Toutefois il n'est pas encore certain que la dilatation des vésicules soit réellement l'effet de la pneumonie; il nous a paru, au contraire, qu'elle se liait plus directement à l'existence de la bronchite capillaire qui précède ou qui accompagne si souvent la pneumonie du jeune âge. Quoi qu'il en soit, c'est là une question qui reste encore à élucider. Tout ce que nous pouvons affirmer, d'après les observations que nous possédons, c'est que, lorsqu'un

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. I, p. 253.

(2) Id., 2e observ., p. 186.

adulte jusqu'alors bien portant a été frappé de pneumonie, il est très-rare qu'il conserve de l'oppression, de la dyspnée et les autres signes propres à caractériser l'emphysème vésiculaire.

Quant à l'influence de la pneumonie sur la dilatation des bronches, j'ai déjà prouvé, je crois, que cette lésion, qu'on ne rencontre guère que chez les enfants, était bien moins l'effet de la pneumonie que de la bronchite et de l'accumulation des mucosités dans le tube aérien. Mais s'il est vrai que la pneumonie n'exerce pas d'influence bien notable sur la production de l'emphysème vésiculaire ou sur l'aggravation d'un emphysème préexistant déjà, il est certain que lorsque la pneumonie éclate chez un sujet très-emphysémateux, l'oppression est comparativement beaucoup plus grande, et qu'elle est tout à fait disproportionnée avec l'étendue de la pneumonie. C'est ce qu'on voit particulièrement chez beaucoup de vieillards; cela constitue toujours, comme on le devine aisément, une circonstance aggravante.

§ 2. — Œdème des poumons.

Si l'opinion de Laennec était exacte, il faudrait regarder la pneumonie comme étant une des causes les plus ordinaires de l'œdème des poumons. L'illustre auteur du *Traité de l'auscultation* dit, en effet (1), que la pneumonie terminée par résolution laisse après elle une grande disposition à l'infiltration du tissu pulmonaire; que les sujets chez lesquels il avait trouvé les œdèmes du poumon les plus universels et les plus intenses étaient morts peu de temps après avoir éprouvé une péripneumonie grave; il ajoute même que la résolution de l'engorgement inflammatoire du poumon est presque toujours accompagnée d'un certain degré d'œdème. J'ignore sur quel nombre de faits Laennec fonde ses assertions; il ne cite d'ailleurs qu'un seul cas d'œdème qui, d'après lui, aurait été consécutif à une péripneumonie (2). Cependant cette observation n'est guère concluante, car, à supposer, ce qui précisément est fort contestable, qu'il y ait eu pneumonie double quelques mois auparavant, il n'est pas moins certain que le malade a succombé aux progrès d'une maladie organique du cœur qui avait amené un œdème universel. Il n'y a donc rien de surprenant qu'on ait trouvé les deux poumons infiltrés de sérosité; c'est ce qu'on voit constamment en pareil cas, et sans qu'il soit besoin, pour expliquer cet œdème passif, de supposer l'existence d'une pneumonie antérieure.

(1) Tome I, 4e édit., p. 421.

(2) Tome I, 11e observation, p. 444.

Je renvoie le lecteur à ce que j'ai dit plus haut (page 305), où j'ai recherché s'il fallait attribuer exclusivement à un œdème consécutif les phénomènes d'auscultation et de percussion qui persistent souvent longtemps après la guérison.

§ 3. — Tubercules pulmonaires.

Les médecins ont presque de tout temps attribué une grande part à l'inflammation pour expliquer le développement des tubercules pulmonaires. Sans vouloir remonter bien loin, je puis citer Morton (1), qui regarde la phthisie pulmonaire comme étant *très-fréquemment* produite par la pneumonie; cette opinion était acceptée par la plupart des médecins de son époque. Dans le dernier siècle, Avenbrugger et son illustre commentateur (2), ainsi que Stoll, dans plusieurs endroits de ses œuvres, et en particulier dans ses Aphorismes (3), ont également soutenu que la pneumonie dégénérait quelquefois en squirrhes, en tubercules, en indurations, expressions par lesquelles ces médecins désignaient le plus communément les productions tuberculeuses du viscère. Pujol (4) rapportait surtout l'origine des tubercules pulmonaires à une inflammation lente, opinion qui a été reproduite plus tard, et l'on peut dire exagérée par le fondateur de l'école physiologique. Cependant plusieurs médecins ont, depuis le commencement de ce siècle, beaucoup limité l'influence qu'on attribuait à la pneumonie dans la production des tubercules. Bayle (5) a conclu de ses recherches que les inflammations thoraciques étaient plus rarement qu'on *ne pense des causes déterminantes de phthisie*. Laennec (6) a émis la même opinion, et il a encore plus restreint que Bayle le rôle de la pneumonie aiguë dans la production des tubercules; il dit en effet qu'il est assez rare de voir les symptômes de phthisie se développer à la suite d'une pneumonie aiguë, et dans ce cas il n'est pas possible de décider si c'est la phlegmasie pulmonaire qui a donné lieu au développement des tubercules, ou si, au contraire, ceux-ci, agissant comme corps irritants, ont déterminé la pneumonie.

(1) *Opera med.*, t. I, p. 112.

(2) *Maladies chroniques dans lesquelles il y a le son contre nature*, p. 152 du *Traité de la percussion*.

(3) Aphorisme 157, trad. de Corvisart, p. 97.

(4) *Œuvres de médecine pratique*, t. I, p. 43.

(5) *Recherches sur la phthisie*. Paris, 1810.

(6) Tome II, 4e édit., p. 69.

M. Louis (1), étudiant à son tour cette importante question à l'aide de cette méthode rigoureuse qu'il a introduite dans l'étude de la pathologie et de la thérapeutique, a également établi comme *douteuse* l'influence que la pneumonie exercerait dans la production des tubercules. Enfin M. Andral (2), tout en reconnaissant que quelques phthisies succèdent à la pneumonie, ajoute que l'observation lui a démontré que les tubercules se développent beaucoup plus communément sans pneumonie antécédente appréciable pour nous, et que celle-ci ne survient plus tard que comme complication.

Si l'on recherche et si l'on compare le mode d'invasion et la marche des deux maladies, on pourrait à priori soupçonner que la pneumonie n'a pas grande influence dans la production des tubercules. En effet, l'inflammation du parenchyme pulmonaire se développe le plus souvent de la base au sommet, tandis que les tubercules marchent presque constamment en sens inverse; la pneumonie occupe assez rarement les deux côtés de la poitrine; la phthisie par contre existe presque toujours dans les deux poumons; enfin celle-ci est moins fréquente chez l'homme que chez la femme; c'est le contraire pour la pneumonie (3).

Pour connaître exactement les rapports qui pouvaient exister entre la pneumonie et les tubercules pulmonaires, j'ai interrogé 72 phthisiques sur les maladies qu'ils avaient pu éprouver avant leur entrée à l'hôpital; or, sur ces 72 malades, deux avaient eu une pneumonie plus ou moins grave et bien caractérisée, trois ou quatre ans avant les premiers symptômes de la phthisie; leur rétablissement avait été complet; deux autres malades avaient eu une pneumonie dix-huit mois ou deux ans auparavant, et c'est à dater de cette époque qu'ils ont commencé à éprouver de la dyspnée, de la toux et un peu d'amaigrissement. Ces résultats diffèrent peu de ceux que M. Louis a obtenus, puisque sur 80 phthisiques chez lesquels il a recherché avec soin les maladies antérieures, il n'en a trouvé que trois qui eussent éprouvé quatre ans avant de mourir une pneumonie; ce fut à dater de cette époque qu'on vit commencer chez eux la toux et l'expectoration; quatre autres malades accusaient aussi dans leurs antécédents une pneumonie trois, six et quinze années avant l'apparition des premiers symptômes de la phthisie; depuis ce moment et bien que leur constitution fût débile, ils n'avaient pas été pourtant plus sujets à contracter des rhumes.

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2e édition.

(2) *Clinique médicale*, 4e édit., t. IV, p. 222.

(3) Louis, *Recherches sur la phthisie*, p. 596.

Les faits qui précèdent démontrent donc que des symptômes de phthisie peuvent survenir quelquefois consécutivement à une pneumonie aiguë; mais est-on en droit de conclure qu'il existe un rapport bien évident, bien démontré, de cause à effet, entre ces deux affections? Je ne le pense pas. Je crois avec Laennec (1) que dans la grande majorité des cas, l'affection tuberculeuse est antérieure à la pneumonie, et que les tubercules, agissant comme corps irritants, sont la cause occasionnelle de la maladie. D'ailleurs l'anatomie pathologique le prouve; car chez la plupart des individus qui, succombant à une pneumonie, portent en même temps des tubercules, ceux-ci ont généralement un volume assez considérable, ils sont plus ou moins ramollis, et leur aspect seul démontre qu'ils n'ont pu être produits en quelques jours. Cependant je me hâte de dire que je ne nie nullement qu'une éruption de tubercules ne puisse avoir lieu à l'occasion ou dans la convalescence d'une pneumonie. M. le professeur Andral (2) a vu quelquefois plusieurs petits tubercules miliaires être disséminés dans tout un poumon hépatisé; le même médecin a également observé plusieurs fois, soit sur l'homme, soit sur des chevaux, que des pneumonies lobulaires s'accompagnaient de la formation de tubercules miliaires, tandis que ces productions n'existaient pas dans les portions du poumon restées saines. Mais que doit-on raisonnablement conclure de ces faits, si ce n'est que si ces individus n'avaient pas déjà des tubercules dans les poumons, ils en portaient au moins le germe; on conçoit que le travail inflammatoire dont le poumon a été le siége, a pu modifier assez la nutrition de l'organe pour provoquer l'apparition des tubercules auxquels l'individu était déjà prédisposé. Pour me servir d'une comparaison de Laennec, que je crois juste, je dirai que le poumon enflammé ressemble à la terre fortement labourée après un long repos, qui fait germer une multitude de graines qu'elle renfermait dans son sein depuis plusieurs années.

Je conclus de ce qui précède : 1° que la phthisie pulmonaire succède immédiatement à une pneumonie dans des cas infiniment rares; 2° que même alors, il n'est pas démontré que la phthisie soit une conséquence de la pneumonie, tout faisant présumer, au contraire, que les tubercules ont été antérieurs à l'inflammation pulmonaire et en ont peut-être provoqué l'apparition; 3° enfin, que dans les cas infiniment rares (puisque pour ma

(1) *Auscultation*, t. II, p. 71, 4e édition.
(2) *Clinique médicale*, t. IV, p. 42 et 222.

part je n'en ai jamais observé) où des tubercules miliaires ont paru se développer dans des poumons hépatisés, la pneumonie a agi alors comme cause occasionnelle, et nullement comme cause *prochaine*. Je regarde, en outre, comme une circonstance très-rare que la pneumonie provoque une éruption de tubercules chez des sujets simplement *prédisposés*. Ainsi, parmi les 305 malades atteints de pneumonies, dont j'ai analysé les observations pour ce travail, vingt-deux présentaient cet ensemble de la constitution qu'on regarde généralement comme une prédisposition à la phthisie ; en outre, plus de la moitié d'entre eux comptaient parmi leurs parents les plus proches une ou plusieurs personnes qui avaient succombé à la consomption pulmonaire ; cependant tous ces individus, sans aucune exception, ont guéri ; leur rétablissement était complet à l'époque où ils quittèrent l'hôpital, et ces pneumonies n'ont différé ni par leur cause, ni par leurs symptômes, ni par leur marche, des pneumonies ordinaires survenues chez des sujets non prédisposés à l'affection tuberculeuse.

Il y a donc une grande différence dans l'action que la pneumonie et la pleurésie exercent sur la production et sur la marche des tubercules. Si, en effet, la première n'a qu'une influence restreinte et rarement constatée, il n'en est pas de même de la seconde. Rien de plus commun, en effet, que de voir une tuberculisation se déclarer après une pleurésie aiguë ou chronique un peu étendue. Cette différence entre les deux maladies doit paraître étrange. Elle peut s'expliquer pourtant, si l'on considère que la pleurésie est une maladie généralement d'une durée beaucoup plus longue et qui trouble bien plus les fonctions du poumon, quand elle est étendue, que ne le fait la pneumonie elle-même. Aussi chez des sujets prédisposés, la pleurésie devient parfois la cause déterminante d'une tuberculisation dont la marche est souvent assez rapide, et lorsqu'elle vient compliquer une phthisie à une période quelconque de son évolution, elle l'aggrave communément et en précipite la marche.

Que doit-on redouter d'une pneumonie qui frappe un poumon déjà envahi par les tubercules, surtout lorsque ceux-ci ont manifesté leur présence par quelque trouble fonctionnel ? Le docteur Clark (1), après avoir combattu l'opinion de ceux qui regardent la pneumonie comme cause de tubercules, ajoute que l'inflammation pulmonaire est un des événements les plus fâcheux qui puissent survenir chez un malade déjà tuberculeux ; car, *jamais*, dit-il, *elle ne manque d'aggraver la maladie ; fréquemment*,

(1) *Traité de la consomption*, trad. de l'anglais, p. 240 et 245.

elle change une phthisie latente en une maladie rapidement mortelle; elle rend le tissu pulmonaire incapable de remplir ses fonctions et le dispose à devenir le siége de la matière tuberculeuse. Le médecin anglais pense également que la rapidité de la consomption qui succède à la scarlatine, et que Morton a signalée, serait principalement due à l'inflammation de la plèvre et des poumons, se surajoutant à une affection tuberculeuse préexistante. M. le professeur Andral croit aussi (1) que la pneumonie qui survient chez les phthisiques consécutivement au développement des tubercules, favorise la multiplication de ces produits morbides; souvent aussi, dit-il, la pneumonie passe à l'état chronique et provoque alors ces indurations qu'on rencontre si fréquemment autour des cavernes.

J'ai examiné, avec toute l'attention qu'elles méritent, les opinions émises par les deux savants médecins que je viens de citer, et voici les résultats auxquels je suis parvenu.

J'ai recueilli l'histoire de dix individus qui, présentant déjà depuis un temps plus ou moins long des symptômes rationnels ou physiques de tubercules, furent affectés de pneumonie *envahissant dans tous les cas le sommet d'un des poumons*, c'est-à-dire la portion de l'organe qui était le siége des productions accidentelles. Or, tous ont guéri de la pneumonie, et la convalescence s'est déclarée du septième au vingt-deuxième jour à dater du début; neuf malades ont quitté l'hôpital après avoir recouvré l'appétit, les forces, l'embonpoint qu'ils avaient avant le développement de la dernière maladie qui les avait amenés dans nos salles, plusieurs même se sentaient plus forts qu'auparavant, et tous avaient l'intention de reprendre leurs travaux immédiatement. Une malade qui fut traitée à la clinique de Chomel, dans le courant de mai 1835, n'eut qu'une convalescence éphémère, les symptômes de consomption furent des plus rapides, et elle succomba vers le milieu du mois d'août. Chez elle, le travail de tuberculisation avait marché avec une effrayante rapidité du côté gauche, qui avait été le siége de la pneumonie; elle fit en même temps beaucoup de progrès dans le poumon droit; toutefois, à l'autopsie, on constata que les altérations n'étaient pas, à beaucoup près, ni aussi profondes, ni aussi étendues dans le côté droit de la poitrine que dans le côté gauche.

Il est impossible de nier, dans ce cas, l'influence fâcheuse que la pneumonie a exercée sur le développement et sur la marche des tubercules. M. le professeur Andral a vu plusieurs faits à peu près semblables à celui que je viens de rapporter (2); il a observé

(1) *Clinique médicale*, t. III, p. 392.
(2) Laennec, *Auscultation*, quarante-neuvième observ., t. III, p. 392, 4e édit.

des malades qui, pris de pneumonie lorsqu'ils présentaient déjà quelques signes de tubercules, on vit ceux-ci se multiplier et se ramollir promptement, de sorte que, pendant la convalescence de la pneumonie, la phthisie, qui n'avait été jusqu'alors que soupçonnée, devenait tout à fait manifeste. J'ai encore observé un malade qui, offrant des signes rationnels et physiques de tubercules avant la pneumonie, on vit chez lui les symptômes aigus de celle-ci disparaître facilement, et la santé se remettre assez pour pouvoir reprendre, pendant plusieurs mois, des fonctions pénibles; mais ses forces et son embonpoint ne revinrent pas complétement ; il continua à tousser et à être oppressé à la moindre fatigue. Il est probable que chez lui, bien que la pneumonie se fût terminée par résolution, les tubercules étaient devenus plus nombreux, ou bien que leur ramollissement avait été accéléré par la phlegmasie intercurrente.

S'il m'était permis de tirer quelques conclusions du petit nombre de faits que je viens d'analyser, je dirais que la pneumonie qui survient dans le cours d'une phthisie confirmée, peut, il est vrai, accélérer beaucoup la marche de cette dernière, mais je crois que cela n'a lieu que dans le plus petit nombre des cas; que le plus souvent, la pneumonie, limitée à une petite surface et au voisinage des tubercules, occupant, par exemple, d'une manière exclusive les régions sous-claviculaire et sus-mammaire, ce qui est un siége insolite pour la pneumonie spontanée et légitime, ne s'accompagne pas généralement de symptômes bien graves ; elle a une marche assez régulière, une durée moyenne de douze à quinze jours, et se termine presque toujours par la guérison, sans qu'elle ait paru avoir aggravé la maladie première. M. Louis est arrivé à un résultat semblable, puisqu'il dit que dans les cas où la pneumonie survient chez des phthisiques qui ont encore des forces et un certain embonpoint, elle guérit presque toujours ; et il établit avec beaucoup de raison une grande différence entre les effets de la pneumonie et ceux que la pleurésie produit sur la marche des tubercules. Celle-ci, lorsqu'elle est un peu étendue, guérit rarement chez les phthisiques, du moins lorsque l'épanchement se résorbe, on voit en même temps la maladie primitive précipiter sa marche vers une terminaison fâcheuse; nous avons prouvé que le contraire avait le plus souvent lieu pour la pneumonie.

Il importe de faire observer encore que la pneumonie qui survient dans le cours de la turberculisation pulmonaire ne se termine le plus communément d'une manière favorable qu'autant que l'affection organique est à son début, ou du moins encore peu avancée, et qu'elle suit une marche chronique. Il n'en est plus de

même lorsque la pneumonie se déclare chez des phthisiques parvenus déjà à une période avancée. Dans ce cas, la phlegmasie précipite la marche de l'affection organique, ou plutôt elle est la cause de la mort. Cette pneumonie intercurrente passe souvent inaperçue. Les crachats en effet sont rarement caractéristiques ; s'il y en a quelques-uns de plus visqueux et de colorés, ils se perdent en quelque sorte au milieu de l'expectoration fournie par les cavernes et par les bronches malades. Cependant un redoublement subit de la fièvre et de l'oppression, parfois une douleur pleurétique qui se déclare, doivent éveiller l'attention, engager à explorer la poitrine, où l'on constate dans un point souvent éloigné des masses tubercules, la crépitation fine et sèche, puis le souffle tubaire, suivant le degré auquel la pneumonie est arrivée.

Il est certain que la pneumonie est un accident plus commun encore dans le cours de la phthisie aiguë. Sur 13 sujets emportés par cette affection, 9 fois M. Louis trouva une hépatisation dans une étendue ordinairement considérable (1). M. Leudet ne l'a constatée que 6 fois sur 17. J'ai moi-même bien rarement vu une phthisie très-aiguë sans pneumonie intercurrente. Cela prouve-t-il que la pneumonie engendrele tubercule? N'est-il pas plus probable, au contraire, que ce sont les tubercules rapidement formés et produits en grand nombre qui déterminent la pneumonie? Cette phlegmasie d'ailleurs est rarement franche, ses symptômes ne sont pas communément bien nets, bien accentués, comme ils le sont dans la pneumonie lobaire, mais on observe plutôt ceux qu'on voit dans la forme catarrhale ou dans la broncho-pneumonie; aussi la phlegmasie est-elle souvent méconnue, car ses symptômes mal accusés se confondent avec ceux de la maladie principale. Nous reviendrons sur ce sujet lorsque nous nous occuperons sous peu du diagnostic différentiel.

ARTICLE II.

INFLUENCE DE LA PNEUMONIE SUR LA PRODUCTION ET SUR LA MARCHE DES MALADIES ORGANIQUES DU CŒUR.

Les médecins, frappés des rapports intimes qui existent entre le cœur et les organes de la respiration, ont admis depuis longtemps que les maladies des poumons pouvaient devenir l'origine ou la cause déterminante de diverses affections organiques du cœur et

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2e édit., p. 452.

(2) *Thèses de Paris*, n° 137, année 1851.

des gros vaisseaux; mais la plupart n'ont émis que des opinions erronées, ou dont l'exactitude du moins n'a été démontrée par aucune preuve directe. Ainsi Willis, et Sénac surtout (1), ont prétendu que lorsque le poumon est hépatisé, il en résulte un obstacle au cours du sang, qui a pour effet d'accumuler ce liquide dans les cavités droites du cœur, et de les dilater. Grimaud (2) dit aussi avoir souvent observé des anévrysmes du cœur chez les individus qui avaient fréquemment éprouvé des inflammations du poumon, sans préciser davantage son assertion. Avenbrugger signale également la fréquence des *anévrysmes* du cœur chez les sujets qui succombent avec une pneumonie (3); mais il est évident que l'illustre inventeur de la percussion n'a voulu parler que de ces dilatations passives du cœur, qu'on peut observer, il est vrai, dans la pneumonie lorsqu'une grande quantité de sang s'est accumulée dans les cavités de l'organe; toutefois ces dilatations n'ont aucune importance pathologique et ne constituent qu'un phénomène d'agonie.

Parmi les auteurs modernes, nous trouvons Corvisart (4) qui signale aussi la péripneumonie en particulier comme une cause des anévrysmes du cœur ; ceux-ci se développeraient, suivant lui, soit parce que la libre circulation du sang est empêchée, soit parce que l'inflammation s'étant propagée au cœur lui-même, cet organe a été affaibli par la maladie à laquelle il a participé. Suivant le même observateur, les pneumonies mal guéries, les pneumonies chroniques, joueraient un rôle plus important encore dans la production des maladies du cœur, parce que leurs effets sont plus prolongés et plus constants. Laennec (5) a émis à peu près la même opinion sur l'influence de la pneumonie chronique dans la production des maladies du cœur. Il explique le développement de celles-ci par la gêne que la circulation doit éprouver, et à cause aussi des efforts de contraction auxquels le cœur est obligé de se livrer pour vaincre l'obstacle qui s'oppose à la pénétration du sang dans les poumons. Cependant si l'on se rappelle que Laennec n'a vu qu'un très-petit nombre de cas de pneumonie chronique, on sera convaincu que cet illustre médecin a émis ici une opinion fondée plutôt sur la théorie et les probabilités que sur l'observation des faits. Mais à défaut de cas de pneumonie chronique qui nous man-

(1) *Maladies du cœur*, 2e édit. Paris, 1778, in-12, t. I, p. 410.

(2) *Traité des fièvres*, t. II, p. 76.

(3) *Traité de la percussion*, observ. XIV et suiv., p. 420.

(4) *Essai sur les maladies du cœur*, 3e édit. Paris, 1818, p. 382.

(5) Tome III, p. 170, 4e édition.

queront longtemps peut-être, nous pouvons presque juger la valeur des opinions de Corvisart et de Laennec en recherchant l'état du cœur chez les sujets qui succombent à la phthisie pulmonaire, car il y a entre ces derniers et ceux qui sont emportés par les pneumonies chroniques beaucoup de conditions communes, telles que la longueur de la maladie, un amaigrissement considérable, la dureté, l'imperméabilité du poumon; aussi les auteurs avaient-ils regardé pendant longtemps la phthisie comme une cause puissante des anévrysmes du cœur. M. Louis a prouvé, il y a longtemps, que cette opinion n'avait pas été sanctionnée par les faits (1); plus récemment, M. le docteur Bizot a également mis hors de doute (2) que le cœur, loin d'augmenter de volume chez les phthisiques, subissait au contraire dans ses dimensions une diminution notable, portant non-seulement sur l'organe en masse et sur la capacité des ventricules, mais encore sur l'épaisseur des parois elles-mêmes. Il est donc infiniment probable que le même fait doit se produire chez les sujets qui meurent de pneumonie chronique, autant du moins qu'il est permis d'affirmer une chose lorsqu'on ne peut invoquer en sa faveur que le témoignage souvent trompeur de l'analogie.

De nos jours, M. Bouillaud (3), reproduisant les idées de Corvisart, pense que la pneumonie est une cause de maladies du cœur et des gros vaisseaux, par suite de l'extension à ces organes de la phlegmasie qui a envahi primitivement les poumons. Legroux, dans un travail très-intéressant (4), a aussi beaucoup insisté pour prouver l'influence toute-puissante que la pneumonie exercerait dans la production des maladies organiques du cœur. Ce regrettable et judicieux médecin dit en effet que sur les trente et une observations rapportées par Corvisart, huit fois l'affection cardiaque aurait débuté à la suite de la pneumonie; enfin, suivant le même auteur, sur les dix-huit faits consignés dans l'ouvrage de Bertin et Bouillaud, les seuls où l'on ait mentionné les commémoratifs, on remarquerait encore qu'une pneumonie aurait précédé trois fois le développement d'une lésion organique du cœur; Legroux s'en rendait compte en supposant, avec Corvisart et avec M. Bouillaud, que l'inflammation pulmonaire s'était étendue aux enveloppes du cœur. J'ai relu à mon tour avec soin les observations consignées par Corvisart, et je n'en ai trouvé réellement que deux (la vingt-deuxième et la vingt-cinquième) dans lesquelles la pneumonie pût

(1) *Recherches sur la phthisie*, 2e édit., p. 51.

(2) *Mém. de la Soc. méd. d'observ.*, t. I, p. 290.

(3) *Clinique médicale*, t. II, p. 137.

(4) *L'Expérience*, t. I, p. 212.

être considérée comme cause de l'affection du cœur, puisque chez les deux malades, les premiers symptômes de la maladie cardiaque se déclarèrent pendant la convalescence, ou du moins peu de temps après la guérison de la phlegmasie pulmonaire. Dans les autres cas, les renseignements donnés sont trop peu précis, ou bien il s'est écoulé un temps trop long entre la cause qu'on invoque et le développement de la maladie consécutive, pour qu'on puisse établir entre eux aucun rapport probable de cause à effet.

M. Bouillaud (1) rapporte aussi cinq observations d'individus qui avaient eu une ou plusieurs fois dans leurs antécédents, une pneumonie plus ou moins grave; mais en lisant ces faits avec attention, il est aisé de se convaincre que dans trois cas (observations 62, 114 et 119), il n'existe aucune relation certaine ni même probable entre les pneumonies antérieures et l'affection du cœur. Dans les deux autres (observations 64 et 69), ce rapport paraît évident, car l'oppression et les palpitations se développèrent pour la première fois à la suite d'une pneumonie.

Si je consulte maintenant les faits que j'ai moi-même recueillis, je vois que sur trente-six observations de maladies organiques du cœur, dans lesquelles les antécédents des malades ont été indiqués avec grand soin, je n'en trouve que trois qui aient présenté les symptômes d'une pneumonie à une époque plus ou moins éloignée; chez deux de ces malades, il ne m'a pas semblé qu'il y eût aucun rapport entre l'inflammation pulmonaire et l'affection cardiaque, puisque pour eux il y eut, après la pneumonie, plusieurs années d'une santé parfaite : mais chez une femme de soixante-huit ans, qui avait été atteinte, douze ans auparavant, de pneumonie, il m'a paru que les premiers symptômes de la maladie du cœur s'étaient déclarés immédiatement à la suite de la phlegmasie pulmonaire. On pense bien que je ne puis accepter ce fait qu'avec la plus grande réserve à cause de l'époque éloignée à laquelle la malade était obligée de reporter ses souvenirs; mais ce que j'ai dit, dans un des précédents chapitres, sur les complications qu'on observe quelquefois dans le cours des pneumonies du côté du centre circulatoire, explique comment, dans quelques cas, les symptômes d'une maladie organique ont paru succéder immédiatement à une inflammation pulmonaire. Le fait suivant, que j'ai observé en 1840, prouve également l'influence dont je parle.

Un homme de quarante-huit ans, assez fortement constitué, d'une

(1) *Traité clinique des maladies du cœur.*

bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu ni des palpitations, ni l'haleine courte, entra le 17 juillet 1840, dans le service de l'Hôtel-Dieu (annexe), dont j'étais alors chargé, pour y être traité d'une pneumonie assez grave, datant de quatre jours et qui occupait la moitié inférieure du poumon droit. Le cœur, ausculté par moi les deux premiers jours seulement, ne me présenta rien de morbide ; la pneumonie qui avait résisté à deux saignées copieuses céda à l'emploi du tartre stibié administré pendant quarante-huit heures seulement. La convalescence était complète le neuvième jour à compter des premiers accidents; cependant quelques jours après, le malade s'étant levé, éprouva de l'oppression, de l'essoufflement pour monter quelques marches, et ses jambes s'œdématièrent. L'ayant alors examiné avec soin, je trouvai le pouls régulier, battant soixante-seize fois par minute; il était petit et assez dépressible; il n'existait aucune impulsion morbide à la région précordiale, mais les battements étaient entendus sur une plus grande surface; ils étaient sourds, et sur le bord gauche du sternum, à la hauteur du mamelon, on distinguait un bruit de souffle au premier temps. La percussion faisait reconnaître que la matité précordiale s'étendait transversalement sur une étendue de 12 centimètres et qu'elle avait 1 décimètre verticalement. Il n'existait aucune voussure ; quoique sourds, les battements du cœur étaient superficiels et n'étaient séparés de l'oreille par aucun corps intermédiaire ; il y avait une oppression assez grande. Les jours suivants, les accidents s'accrurent, de la sérosité s'épancha en petite quantité dans le ventre, et le pouls offrit de temps en temps quelques irrégularités. Ces symptômes persistèrent pendant vingt-cinq jours dans toute leur intensité. Sous l'influence de la digitale donnée en poudre, de quelques diurétiques et des laxatifs, les accidents cédèrent peu à peu ; à la fin de juillet le souffle avait cessé ainsi que l'œdème, l'oppression était beaucoup moindre, la matité du cœur avait diminué de 3 centimètres transversalement et de plus de 1 centimètre verticalement. Enfin le malade sortit un mois après, n'éprouvant plus qu'un peu d'essoufflement lorsqu'il montait un escalier rapide. Cependant ces accidents eux-mêmes n'ont pas tardé à disparaître presque complétement, car ayant revu ce malade deux mois après, à l'occasion d'un accident qui le ramenait dans nos salles, il me dit qu'il était à peine oppressé et qu'il pouvait travailler à son état de couvreur. Les battements du cœur étaient toujours un peu sourds, mais ils ne présentaient aucun bruit morbide ; la matité de la région précordiale avait à peine 9 centimètres tranversalement et 6 verticalement.

Ainsi, voilà des accidents aigus du côté du cœur qui sont survenus brusquement dans le cours ou dans la convalescence d'une pneumonie. A quelle maladie rapporter les troubles observés chez ce malade du côté du centre circulatoire? La chose est peut-être difficile à déterminer d'une manière exacte. Ce n'était certainement pas une péricardite. Y avait-il endocardite? la chose est possible, mais non démontrée. Ce qu'il y a de plus certain, c'est que chez notre malade le cœur était augmenté de volume. N'y a-t-il eu qu'une dilatation passive des cavités? Je serais assez porté à le croire; cette opinion me paraît être en effet la plus probable, et c'est celle que font naître naturellement l'examen et la comparaison des symptômes observés.

Ainsi, en réunissant les observations de Corvisart, celles de M. Bouillaud et les miennes, on trouve trois cas de dilatation anévrysmale, et trois d'induration valvulaire, qui prouvent que les premiers symptômes d'une maladie du cœur peuvent se développer à la suite d'une pneumonie. Cependant je ne crois pas qu'il soit démontré que, dans tous ces cas, la pneumonie a réellement produit la maladie du cœur, car il n'y aurait rien d'impossible que celle-ci eût existé déjà à l'état latent depuis un temps plus ou moins long, mais qu'elle eût fait explosion à l'occasion du trouble qu'avait excité dans la circulation cardiaque une maladie grave des poumons. Cette opinion n'est peut-être pas sans fondement, il n'y aurait d'ailleurs rien d'extraordinaire qu'il en fût ainsi, puisqu'on a vu plusieurs fois des maladies organiques du cœur très-graves, et en particulier une communication entre les cavités droite et gauche n'exciter pendant longtemps aucun trouble dans les fonctions, et se révéler ensuite graduellement ou brusquement à la suite d'une commotion morale, d'une douleur vive ou d'une maladie aiguë, c'est-à-dire à la suite de causes qui avaient apporté un trouble subit dans la circulation.

En résumé, on ne peut s'empêcher d'admettre aujourd'hui que la pneumonie peut être une cause déterminante des maladies organiques du cœur et de l'aorte, toutefois on doit reconnaître aussi que ce n'est que dans des cas très-rares que les inflammations pulmonaires ont un résultat pareil. Il est probable que la pneumonie peut agir alors de plusieurs manières; tantôt c'est l'inflammation qui, du poumon s'étant propagée aux enveloppes du cœur ou bien à l'aorte, a modifié la nutrition de ces organes et a donné lieu à des lésions persistantes; d'autres fois ce sont des caillots qui, ayant contracté des adhérences avec les parois du cœur ou de l'aorte, s'organisent, subissent plus tard diverses transformations organiques,

et donnent lieu consécutivement à différentes altérations qui portent sur la capacité des cavités et sur l'épaisseur des parois. On a vu précédemment, d'après les faits curieux rapportés par MM. Bouillaud et Dalmas, comment la pneumonie pouvait être l'occasion d'un rétrécissement et peut-être même d'une oblitération complète de l'aorte. Enfin il est peut-être possible que la pneumonie puisse produire une affection du cœur d'une manière mécanique, en déterminant une accumulation considérable de sang dans les cavités ; cette dernière cause n'est pourtant pas démontrée, je ne la regarde que comme probable ; j'ai cité précédemment, en sa faveur, un fait que d'autres interpréteront peut-être différemment.

Quelle influence la pneumonie exerce-t-elle sur la marche des maladies organiques du cœur, lorsqu'elle survient dans le cours de ces dernières? Il semble que la pneumonie, en augmentant la dyspnée habituelle des malades, en imprimant un trouble profond à la circulation cardiaque, dût avoir pour effet constant d'aggraver les maladies organiques du cœur, qu'elle vient compliquer. Cependant, il ne paraît pas que cet effet ait lieu du moins dans le plus grand nombre des cas ; sur sept malades qui eurent une pneumonie grave dans le cours d'une affection organique du cœur, déjà assez avancée, et qui furent assez heureux pour en guérir, tous se rétablirent complétement, tous quittèrent l'hôpital éprouvant au même degré qu'avant l'invasion de la pneumonie les symptômes propres à la maladie du cœur ; cependant chez l'un d'eux, les accidents s'aggravèrent tout à coup et sans cause au bout de quelques jours, il rentra dans nos salles six semaines après, atteint d'un œdème considérable, et ne tarda pas à succomber. J'ignore quel a été le sort des six autres.

Chez le malade dont je viens de parler, les accidents du côté du cœur ne se sont aggravés que quelques jours après la sortie de l'hôpital et dix ou douze jours après la guérison de la pneumonie. Cependant je crois qu'on ne peut s'empêcher d'admettre que celle-ci a été, soit directement, soit indirectement, la cause véritable des accidents qui sont survenus. Je conçois que ceux-ci n'aient pas éclaté lorsque le malade était encore à l'hôpital, gardant le repos et suivant un régime convenable ; mais dès qu'il a voulu reprendre ses anciennes occupations, les troubles du côté du cœur se sont manifestés avec force et ont prouvé que la maladie aiguë que cet individu venait de subir avait modifié l'organe central de la circulation, sinon dans sa structure, du moins dans ses fonctions.

(Voyez plus haut, pages 61 et 365, ce que j'ai dit de l'organisation des caillots dans les cavités cardiaques.)

ARTICLE III.

INFLUENCE DE LA PNEUMONIE SUR LA PRODUCTION ET SUR LA MARCHE DE PLUSIEURS AUTRES MALADIES.

§ 1er. — **Hydropisies.**

Je ne mentionne qu'en passant l'opinion de quelques pathologistes anglais et du docteur Abercrombie, en particulier, qui signalent les inflammations pulmonaires comme pouvant donner lieu à une hydropisie générale (1). En parcourant la description qu'ils donnent, il est réellement impossible de se former une idée un peu exacte du siége de la lésion principale, ainsi que de sa nature. En France, où les diverses espèces d'hydropisies ont été étudiées avec beaucoup de soin, et rattachées à des altérations distinctes, personne, que je sache, n'a encore vu des anasarques qu'on pût rapporter à une inflammation du parenchyme pulmonaire ; pour ma part, je n'ai jamais rien vu qui pût confirmer les assertions de nos confrères d'outre-mer.

§ 2. — **Maladies à manifestations cutanées.**

La pneumonie qui se déclare dans le cours de certaines affections cutanées, ayant une marche aiguë, peut exercer sur celles-ci une action dérivative plus ou moins puissante. La maladie de peau peut diminuer d'intensité et quelquefois s'éteindre tout à fait ; cette disparition peut être définitive ; ailleurs l'éruption se reproduit plus tard, dès que la phlegmasie des poumons a elle-même diminué ou cessé. L'action dérivative exercée par la pneumonie sur les manifestations cutanées est facile à constater dans les fièvres éruptives, particulièrement dans la rougeole et même dans la variole. Lorsque la phlegmasie pulmonaire commence avec l'éruption, celle-ci est incomplète, irrégulière, mal dessinée ; si la pneumonie ne commence que lorsque l'éruption est entièrement sortie, on ne tarde pas à constater pour la rougeole, que les taches pâlissent, qu'elles s'effacent et qu'elles disparaissent même tout à fait ; le plus communément elles prennent une couleur violacée ou

(1) *Edinburgh med. and surg. Journal*, t. XIV, p. 163.

bleuâtre. Dans la variole, les boutons pâlissent, ils prennent quelquefois une teinte livide ou violacée; si on les presse avec la pulpe des doigts, ils ne donnent plus au toucher cette sensation de dureté, et plus tard d'élasticité, que présente l'éruption variolique dans le premier septénaire, lorsqu'elle est régulière; si la pneumonie survient pendant la période de suppuration, les pustules s'affaissent brusquement, elles sont flétries à une époque où elles devraient encore offrir beaucoup de tension et de résistance. Cette influence exercée par la pneumonie sur la maladie cutanée, est toujours du plus fâcheux augure; tous les malades chez lesquels elle a été observée ont succombé sans aucune exception.

La pneumonie ne peut en aucun cas se montrer utile dans ces maladies générales. Elle peut bien empêcher la manifestation cutanée, mais cette circonstance, loin d'être favorable, est par contre fatale, elle ajoute du moins beaucoup au péril. On a prétendu qu'il n'en était pas de même pour la suette. Foucart dit que la pneumonie qui, d'ailleurs, est une des complications les plus rares de cette maladie, a paru dans un cas faire avorter la manifestation cutanée (1). Mais l'observation qu'on a citée n'est nullement concluante, car rien ne prouve même qu'il y ait eu suette; je crois plutôt que la pneumonie a été tout à fait primitive.

Dans d'autres affections cutanées, la révulsion exercée par la pneumonie peut être favorable, et l'on peut voir cesser alors des affections qui persistaient depuis un temps plus ou moins long, et qui avaient quelquefois résisté à des traitements très-prolongés. J'ai vu une jeune fille, qui après une pneumonie grave fut débarrassée d'un érythème noueux qu'elle portait sur la face antérieure des deux jambes, et qui depuis deux mois s'était montré rebelle à toute médication. Sous l'influence de la pneumonie on le vit s'éteindre au bout de six jours, ne laissant dans le point qu'il avait occupé qu'une couleur bleuâtre, reliquat ordinaire de cette affection. La pneumonie peut exercer cette action révulsive même sur les affections cutanées qui sont de nature spécifique. Tantôt alors l'état morbide de la peau disparaît pour toujours, d'autres fois il revient spontanément, il peut reprendre même son intensité première, dès que les symptômes thoraciques se sont amendés ou ont complétement cessé. Ces effets ont surtout été observés dans les cas de syphilides. M. le docteur Cazenave (2) dit en avoir vu plusieurs exemples; et je possède l'observation d'un homme qui, ayant été affecté

(1) *Suette miliaire*. Paris, 1854, p. 123.

(2) *De la révulsion et la dérivation*, thèse de Paris, 1840, p. 16.

d'une pneumonie médiocrement intense, dans le cours d'une syphilide papuleuse, on vit celle-ci s'affaisser, diminuer d'intensité et cesser entièrement lorsque la convalescence de la maladie intercurrente commençait.

§ 3. — Manie.

J'ai déjà dit que la pneumonie pouvait être la cause occasionnelle du développement d'une manie chez des sujets prédisposés. Les recherches statistiques de MM. Aubanel et Thore ont prouvé que, pendant l'année 1839, sur 91 maniaques qui furent admis à l'hospice de Bicêtre, huit étaient devenus fous à l'occasion d'une maladie, et sur ce nombre on comptait cinq pneumonies qui s'étaient accompagnées de délire dans leur cours; la guérison de la phlegmasie pulmonaire n'avait pas mis fin au trouble cérébral, qui, loin de là, avait dégénéré en manie aiguë. Disons pourtant que la folie est un des accidents les plus rares après la pneumonie; c'est à peine si j'en ai vu un seul exemple dans ma vie. Je ne saurais donc reconnaître comme exacte l'opinion émise récemment par M. Dagonet, que la pneumonie serait, après la fièvre typhoïde, la maladie qui prédisposerait le plus à la folie (1). Ce qui confirme d'ailleurs mes propres impressions, c'est de voir la pneumonie complétement passée sous silence, soit comme cause prédisposante, soit comme cause efficiente de la folie, par M. le docteur Marcé (2).

ARTICLE IV.

INFLUENCE DE LA PNEUMONIE SUR LA GROSSESSE.

Il était très-important de rechercher l'influence que la pneumonie pouvait exercer sur la marche de la grossesse, sur le produit de la conception, ainsi que sur la sécrétion lactée. J'ai trouvé dans les recueils scientifiques onze observations de pneumonies chez des femmes enceintes, et j'en ai recueilli moi-même sept autres cas; c'est peu, sans doute, cependant nous pourrons retirer de l'analyse de ces faits quelques enseignements utiles.

Seize des femmes dont nous parlons furent en quelque sorte surprises par la pneumonie au milieu de la santé la plus parfaite; chez deux, la phlegmasie pulmonaire vint compliquer une affection organique du cœur déjà fort avancée. Elles étaient arrivées à

(1) *Traité des maladies mentales.* Paris, 1862, p. 206.
(2) *Traité pratique des maladies mentales.* Paris, 1862.

diverses périodes de leur grossesse; treize n'avaient pas dépassé le cinquième ou le commencement du sixième mois; les autres étaient parvenues à la fin du septième, du huitième et du neuvième. La pneumonie n'affecta point de siége de prédilection, ni une forme spéciale, mais elle se fit généralement remarquer par la violence de la réaction fébrile; aussi la mortalité dépassa toute proportion. C'est ainsi que chez les treize femmes dont la grossesse atteignait à peine le cinquième ou le sixième mois, cinq avortèrent les quatrième, cinquième, sixième, neuvième et quinzième jours de la pneumonie, et trois d'entre elles succombèrent peu de jours après, par les progrès de l'affection. Chez les deux autres, l'avortement n'eut aucune suite fâcheuse; une fois même la maladie resta grave et son issue incertaine jusqu'au quinzième jour; mais aussitôt après l'expulsion d'un fœtus de trois mois, on vit la phlegmasie marcher vers la résolution. Les cinq femmes qui furent atteintes de pneumonie, lorsqu'elles approchaient déjà plus ou moins près du terme de la grossesse (de sept à neuf mois), succombèrent toutes; quatre moururent un ou deux jours après l'expulsion d'un fœtus qui, dans deux cas, vint vivant; dans un dernier fait, emprunté à Valsalva, la femme succomba au cinquième jour de la maladie sans accoucher; l'opération césarienne, pratiquée aussitôt, ne donna qu'un cadavre (1).

Les faits qui précèdent doivent faire comprendre combien la pneumonie est redoutable pour les femmes grosses. Nous avons vu, en effet, que celles-ci ont succombé dans le rapport de *huit* sur *dix-huit*, proportion énorme si l'on a égard surtout à l'âge des malades. En considérant l'influence exercée par la maladie sur la marche de la grossesse, nous trouvons que dans la moitié des cas il y eut avortement, ou accouchement prématuré. Je suis bien loin d'affirmer que ces proportions soient toujours les mêmes; je pense même que, tout en étant exceptionnellement plus grave, la pneumonie qui atteint les femmes grosses ne tue pas, ni peut-être ne fait pas avorter dans cette proportion. C'est la conclusion que je tirerais des faits qui me sont personnels. Trop peu nombreux pourtant, j'ai dû en rechercher d'autres dans les recueils scientifiques; mais ce n'est pas là, je l'avoue, un moyen bien sûr pour connaître exactement le degré de fréquence ou de gravité d'une affection, comme la valeur des méthodes thérapeutiques; car, pour résoudre ces problèmes comme il convient, il faut posséder indistinctement tous les faits recueillis, et non exclusivement ceux qu'on ne publie sou-

(1) Morgagni, vingtième lettre, § 10.

vent que parce qu'ils offrent quelque particularité remarquable ou insolite, ou pour venir à l'appui d'une méthode thérapeutique qu'on préfère.

Il serait intéressant de savoir si la pneumonie détermine plus ou moins souvent l'avortement que les autres affections aiguës. On conçoit que pour éclairer cette question, il faudrait posséder un grand nombre de faits; toutefois je vais donner ici le résumé des observations que j'ai faites; elles pourront être utiles un jour à ceux qui étudieront plus complétement cette importante question. J'ai observé quatre cas de variole chez des femmes enceintes qui toutes ont avorté, et qui succombèrent peu après; résultats malheureux, mais conformes à ceux qui ont été notés par presque tous les auteurs. La variole en effet semble être de toutes les maladies aiguës qui peuvent affecter les femmes enceintes, celle qui provoque le plus souvent l'avortement. La rougeole et la scarlatine sont loin d'être aussi graves pour le fœtus, c'est ainsi que des quatre rougeoles sur lesquelles j'ai pris des notes et qui survinrent chez des femmes grosses, aucune n'a troublé la marche régulière de la gestation. Enfin sur vingt-deux femmes qui pendant leur grossesse furent frappées brusquement de diverses maladies aiguës, telles que choléra, entérite, bronchite, pleurésie, érysipèle de la face et du cuir chevelu, deux seulement avortèrent et moururent bientôt après (choléra et fièvre typhoïde) (1). La pneumonie paraît donc être une des maladie aiguës qui doivent être le plus à redouter chez la femme grosse, car elle est alors exceptionnellement plus grave; d'ailleurs elle provoque le plus communément l'expulsion prématurée du fœtus, quelle que soit la période à laquelle la gestation est parvenue.

Comment agit la pneumonie pour produire des effets aussi fâcheux? Est-ce par les secousses de la toux? Les auteurs ont attribué beaucoup d'avortements à cette dernière cause; mais j'avoue que son influence me semble à peu près nulle. En effet, parmi les douze femmes grosses qui étaient affectées de bronchite intense, quatre avaient une toux continuelle que rien ne pouvait calmer, qui a persisté presque sans interruption pendant plus d'un mois sans interrompre pourtant le cours de la grossesse. J'ajouterai que j'ai vu un bien grand nombre de femmes phthisiques porter leur enfant

(1) Il y eut : 1 choléra, 1 fièvre typhoïde, 3 entérites, 12 bronchites aiguës dont 2 capillaires, 2 pleurésies, 2 érysipèles, 1 encéphalite. La plupart de ces faits ont été observés par moi à l'Hôtel-Dieu (annexe), où j'ai envoyé pendant quatre mois toutes les femmes enceintes qui se présentaient au bureau central à l'heure où j'étais de service.

jusqu'au terme naturel de la grossesse, nonobstant une toux opiniâtre (1). Je crois donc que l'influence fâcheuse exercée par la pneumonie sur la marche de la grossesse, s'explique par l'importance de l'organe qui est affecté, par la soudaineté d'explosion de la maladie, par sa gravité, par l'intensité de la fièvre qu'elle détermine, et par le nombre des phénomènes sympathiques qui éclatent du côté de presque toutes les fonctions.

Il faut tenir compte encore de l'action fâcheuse exercée par la pneumonie sur le fœtus lui-même. Parmi les trois enfants nés à terme, ou viables, sur lesquels je possède des renseignements, il y en a un qui est mort peu d'heures après sa naissance; un autre était si faible que je doute qu'il ait pu vivre longtemps; le troisième était bien portant. Le lecteur aura aussi remarqué combien est grande la mortalité de la pneumonie chez les femmes grosses, soit qu'il y ait eu avortement ou accouchement prématuré, soit au contraire que l'expulsion du fœtus n'ait pas eu lieu. Dans le premier cas, on a vu les accidents inflammatoires de la poitrine s'aggraver aussitôt, et la mort arriver au bout de peu de jours. Je reviendrai d'ailleurs sur ce point à l'article *Pronostic*, et lorsqu'il s'agira du traitement, je rechercherai si les méthodes thérapeutiques employées ont eu quelque influence sur les résultats fâcheux que je viens d'indiquer.

La sécrétion du lait est si facilement modifiée par toutes les maladies fébriles, qu'on devine aisément l'influence que la pneumonie doit exercer sur cette fonction. Chez les cinq nourrices que j'ai observées, la phlegmasie pulmonaire n'a affecté aucune forme spéciale, elle s'est terminée toujours heureusement, et elle a eu pour effet constant de diminuer et peut-être de tarir complétement chez quatre la sécrétion mammaire. Une femme nourrice depuis dix-sept jours seulement, lorsque la pneumonie débuta, sortit de l'hôpital, pouvant donner encore à son enfant une nourriture suffisante. Ce peu d'influence exercée dans ce cas par la pneumonie est d'autant plus remarquable que la malade perdit 900 grammes de sang en trois saignées qui lui furent pratiquées; elle eut en outre une réaction fébrile intense; la pneumonie qui occupait le tiers inférieur du poumon arriva au deuxième degré, mais sa durée fut cependant courte, car elle se termina en sept ou huit jours. Les femmes qui perdirent complétement leur lait furent, pour la plupart,

(1) Voyez *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XXII. Les faits que j'ai observés depuis, et aussi nombreux pour le moins que ceux qui font la base de mon mémoire, confirment pleinement mes conclusions premières.

moins abondamment saignées, mais elles prirent des préparations antimoniées; chez deux d'entre elles, on appliqua un vésicatoire. Somme toute, la durée de la maladie fut un peu plus longue que de coutume, car chez aucune des malades, la convalescence ne commença avant le onzième ou le douzième jour, et une fois on l'attendit jusqu'au seizième.

Toutes ces nourrices continuèrent d'allaiter leurs enfants, même pendant la plus grande acuité de la maladie; ce fut sans dommage appréciable pour eux, pourvu toutefois qu'on suppléât à l'insuffisance de la nourriture fournie par la mère. Un enfant très-chétif dépérit et mourut pendant la convalescence de sa mère, sans qu'on puisse affirmer que la maladie de celle-ci ait eu d'autre influence que de faire donner une nourriture insuffisante. On doit donc toujours suppléer à celle-ci et ne pas retirer l'enfant du sein, afin d'entretenir la sécrétion, non que je pense que sa suppression brusque puisse être suivie d'accidents graves pour la mère, mais c'est afin de se donner quelques chances, si la maladie n'a pas une longue durée, de voir la sécrétion lactée reparaître et suffire comme par le passé à la nutrition de l'enfant.

CHAPITRE XIV

DIAGNOSTIC.

On peut établir que, dans la grande majorité des cas, le diagnostic de la pneumonie est un de ceux qu'il est le plus facile d'établir. Il est aisé, non-seulement de déterminer qu'il existe une inflammation du tissu pulmonaire, mais nous avons vu aussi qu'à l'aide de l'auscultation et de la percussion, il était possible de déterminer le siége précis de la maladie, de la limiter, de la circonscrire, et même de prédire souvent les points qu'elle envahira bientôt.

Le diagnostic de la pneumonie, pour être complet, doit donc comprendre : 1° l'existence de la maladie; 2° le point du poumon qu'elle occupe et les parties de l'organe qu'elle a de la tendance à envahir; 3° le degré auquel elle est parvenue et ses différentes terminaisons; 4° la forme qu'elle affecte; 5° enfin, la pneumonie ayant des points de ressemblance avec plusieurs autres maladies de poitrine, il faut connaître les différences qui les distinguent et la manière d'arriver au diagnostic différentiel des unes et des

autres. Je terminerai par quelques mots sur le diagnostic des pneumonies secondaires.

§ 1er. — Une pneumonie existe-t-elle ?

Pour diagnostiquer l'existence d'une pneumonie, il n'est pas nécessaire que cette phlegmasie s'accompagne de tout l'appareil symptomatique que j'ai décrit précédemment; mais il suffit de la présence, même *isolée*, de deux symptômes, pour pouvoir affirmer que le parenchyme pulmonaire est le siége d'une inflammation plus ou moins étendue: je veux parler des crachats *rouillés* et du *râle crépitant*, dont je vais examiner la valeur sémiotique; j'étudierai ensuite l'importance que peuvent avoir les autres symptômes locaux et généraux.

Parmi les crachats que j'ai décrits précédemment (1), tous n'ont pas la même importance diagnostique; les crachats *sanguinolents*, *briquetés*, ceux qui ressemblent à une solution plus ou moins concentrée de gomme arabique, doivent faire *soupçonner* une pneumonie, mais ils ne la caractérisent point. Nous les avons en effet rencontrés plusieurs fois chez des malades qui n'avaient qu'une bronchite aiguë. Les premiers se sont montrés surtout chez des individus atteints d'apoplexie pulmonaire ou de bronchite capillaire avec exhalation sanguine; dans aucun de ces cas, ni l'examen de la poitrine, ni les symptômes généraux ne pouvaient faire reconnaître une pneumonie; chez deux individus, l'examen nécroscopique permit de constater que le parenchyme pulmonaire était exempt de phlegmasie. On conçoit très-bien d'ailleurs que lorsque du sang est exhalé lentement et qu'il se mêle aux mucosités, le produit de l'expectoration soit rougeâtre et même plus ou moins jaunâtre; nous avons vu qu'on pouvait presque à volonté produire ces nuances, en mêlant une certaine quantité de sang à une solution gommeuse, et en agitant le tout dans une fiole. Je crois donc que cette espèce d'expectoration ne saurait *caractériser* à elle seule une pneumonie; elle doit seulement la faire *soupçonner;* elle indique une *probabilité*, mais non une *certitude*.

Il n'en est plus de même des crachats *rouillés*, couleur *abricot* ou *sucre d'orge*, ou bien de ceux qui sont *safranés* et *verdâtres;* ceux-là sont pathognomoniques d'une inflammation des poumons, car on ne les retrouve que lorsque l'organe est phlogosé dans un point.

Il est presque inutile de prémunir contre une erreur qui ne peut

(1) Page 212.

être commise que par ceux qui commencent l'étude de la pathologie, c'est de prendre pour des crachats pneumoniques l'expectoration qui aurait été colorée en jaune ou en brun par du tabac, par des écorces d'orange, par du citron ou par des morceaux de réglisse et de chocolat que les malades auraient mâchés ou sucés. Il est également important de savoir que des crachats simplement muqueux reçus dans les vases de cuivre dont on se sert dans plusieurs hôpitaux, peuvent quelquefois présenter à leur surface une coloration verte qui dépend probablement d'un acétate de cuivre qui se forme. Ce ne sont là que des ressemblances grossières avec les crachats vraiment pneumoniques, et qui ne pourront jamais tromper un homme expérimenté. Les crachats noirs et diffluents que j'ai comparés, avec M. Andral, à du jus de réglisse ou de pruneaux, doivent-ils être considérés également comme pathognomoniques de la pneumonie? En ne consultant que les faits que j'ai recueillis, je devrais répondre par l'affirmative à cette question, puisque les quatre malades qui rendirent des crachats séreux et noirs, surmontés par une spume blanchâtre, étaient tous affectés d'une pneumonie étendue et parvenue au troisième degré. Mais ces faits sont en trop petit nombre pour pouvoir établir d'une manière certaine la valeur sémiotique d'un symptôme qui a été déjà diversement interprété par des hommes également éclairés dans la science du diagnostic. Si M. Andral semble regarder l'expectoration noire ou rouge brunâtre plus ou moins foncée comme étant caractéristique d'une pneumonie; si Chomel professe la même opinion (1), Laennec, au contraire, élève quelques doutes sur la valeur diagnostique des crachats rouge brun. Ce grand médecin dit en effet (2) qu'il avait rencontré fréquemment les crachats dont je parle chez des sujets cachectiques, dont les gencives étaient habituellement, ou actuellement du moins, ramollies, et laissaient de temps en temps suinter du sang; il avoue qu'ayant rencontré ces crachats chez beaucoup de sujets atteints de diverses maladies aiguës ou chroniques, ou même en bonne santé, il n'a pas porté son attention sur leur plus ou moins de fréquence chez les pneumoniques. Les objections de Laennec, présentées aussi vaguement, ne sauraient infirmer les observations positives faites par M. Andral, par Chomel et par nous-même. D'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, il n'y a aucune parité à établir entre l'aspect que présentent les crachats jus de réglisse et de pruneaux avec l'exhalation sanguine des gencives. (Page 214.)

(1) *Pathologie générale*, 3e édition, 1840, p. 248.

(2) *Auscultation*, t. I, p. 539.

Pour MM. Rousset, de Marseille (1), et Mériadec Laennec (2), l'induction la plus sûre que l'on puisse tirer de l'apparition des crachats jus de pruneaux ou de réglisse dans la pneumonie, serait d'admettre que la phlegmasie coexiste avec une apoplexie pulmonaire. En étudiant les faits que j'ai recueillis, ainsi que ceux publiés par M. Andral, je ne vois rien qui justifie une pareille opinion; d'ailleurs la matière noire expectorée, dans les cas dont parle M. Rousset, diffère beaucoup des crachats séreux jus de pruneaux. Elle consiste en effet en un liquide d'un rouge sale, au milieu duquel sont de petits corps semblables à ceux qui surnagent dans l'eau où l'on a lavé de la chair fraîche : ce n'est point sous cet aspect que se présentent communément les crachats noirs de la pneumonie; car ils sont homogènes, séreux, et recouverts d'une spume rouge ou blanchâtre. Il résulte donc des faits qui précèdent que les crachats que nous avons nommés jus de réglisse et de pruneaux sont caractéristiques d'une pneumonie, au même titre que les crachats rouillés, jaunes ou verts.

J'ai placé le râle crépitant au nombre des symptômes *caractéristiques*ou *pathognomoniques* de la pneumonie ; il a pour moi la même valeur que les crachats rouillés, jaunes ou verts, dont je viens d'étudier l'importance sémiotique. Cependant je dois déclarer tout de suite que, par crépitation, je n'entends parler ici que de ce *râle qui donne à l'oreille l'image de bulles très-petites, égales entre elles, fines, sèches, presque toujours nombreuses et qui ne sont perçues que pendant le temps de l'inspiration.* Le râle qui se présente avec ces caractères est pathognomonique de la pneumonie, car on ne le rencontre dans aucune autre affection aiguë ou chronique de la plèvre, des bronches ou des poumons. On a très à tort décrit une crépitation en quelque sorte normale et une crépitation pleurétique; elles n'ont pourtant ni l'une ni l'autre aucune ressemblance avec celle dont nous parlons. Il arrive souvent que dans les inspirations profondes qui font pénétrer l'air dans des portions de poumon restées inactives, on entend une crépitation très-sèche, très-fine et très-nombreuse, résultat du déplissement de vésicules longtemps inactives ou faiblement comprimées. C'est toujours là un phénomène fugace, ne se reproduisant plus après quelques inspirations, tandis que la crépitation pneumonique est persistante comme la lésion dont elle est un symptôme. Il peut se faire aussi qu'au début des pleurésies, lorsque la plèvre est tapissée de fausses membranes molles, on

(1) Thèse de 1827, n° 75, p. 33.

(2) Laennec, *Auscultation*, 4e édit., t. I, p. 540 (en note).

entende une sorte de crépitation inégale n'ayant avec la crépitation pneumonique que la plus grossière ressemblance; c'est pourtant ce phénomène qui a fait dire à M. Trousseau que le frottement pleurétique n'était qu'un râle. Il est aisé de se convaincre que ce prétendu râle pleurétique est moins sec, plus inégal, moins fin, que la vraie crépitation pneumonique; il n'est pas constant comme celle-ci, il manque ou s'affaiblit d'une inspiration à l'autre, on l'entend fréquemment, et parfois exclusivement, à l'expiration, enfin souvent après vingt-quatre heures ou au bout de quelques jours au plus, l'apparence bullaire cesse et l'on a la sensation distincte d'un frottement de deux surfaces inégales heurtant l'une contre l'autre.

Le râle crépitant de la pneumonie ne ressemble pas non plus à la crépitation qu'on trouve dans l'œdème pulmonaire ou dans l'engorgement hémoptoïque; c'est à tort que Laennec a fait cette confusion. Ce grand médecin a confondu manifestement la véritable crépitation pneumonique avec le râle sous-crépitant, qui existe dans l'œdème pulmonaire, dans les bronchites capillaires et dans plusieurs autres maladies des poumons. Nous avons vu aussi que sous l'influence de certaines constitutions catarrhales, et que chez un grand nombre de vieillards et d'enfants, le râle crépitant à bulles fines, sèches, égales et nombreuses, était remplacé par un râle dont les bulles étaient plus grosses, plus humides, inégales entre elles, c'est-à-dire par du râle sous-crépitant à cause de la prédominance de la bronchite. Cette distinction que j'établis, expliquera comment il se fait que des maîtres aussi habiles que MM. Andral et Cruveilhier aient contesté la valeur du râle crépitant, en disant (1) que ce phénomène se retrouve dans une foule de cas où il n'y a certainement autre chose qu'une simple bronchite, soit aiguë, soit même chronique. Une pareille opinion n'a pu être émise par ces deux illustres observateurs, que parce qu'ils ont compris sous le nom de râle crépitant, la crépitation *pneumonique* et le râle sous-crépitant. Suivant nous, la première est caractéristique de la pneumonie, car on ne la retrouve dans aucune autre affection; le deuxième, au contraire, pouvant exister à la fois et dans une bronchite et dans une pneumonie, sa valeur diagnostique n'est point *absolue*, elle n'est que *relative*, et l'on ne peut la déterminer que par l'examen des circonstances concomitantes. Ainsi le râle sous-crépitant dépend-il d'une bronchite capillaire, il sera souvent perçu dans une grande étendue, et il existera *constamment* dans les

(1) Laennec, *Auscultation*, t. I, p. 521, et *Revue médicale*, février 1830, p. 353.

deux côtés de la poitrine à la fois, quoique répandu le plus souvent d'une manière inégale dans l'un ou dans l'autre, et sans qu'il y ait aucun rapport constant entre l'étendue de la surface dans laquelle on l'entend, et la gravité des symptômes généraux. Au contraire, le râle sous-crépitant qui se lie à l'existence d'une pneumonie, occupe généralement un point plus ou moins circonscrit *dans un seul côté de la poitrine* ; il coexiste avec un appareil fébrile intense, et le plus souvent avec un point de côté et avec des crachats rouillés. Enfin dans la pneumonie *double*, comme les deux poumons n'ont été envahis que *successivement*, si dans le côté qui a été affecté en dernier lieu, on ne trouve que du râle sous-crépitant ; dans le côté opposé, la maladie étant plus ancienne et parvenue à un degré plus avancé, se révélera par du souffle tubaire et par de la matité. Je suppose (chose que je n'ai jamais vue) que la pneumonie, envahissant les deux poumons simultanément, ne détermine d'autre phénomène stéthoscopique qu'un râle sous-crépitant ; si alors l'absence des crachats caractéristiques ne permettait pas de diagnostiquer une pneumonie, cette maladie devrait être regardée néanmoins comme *infiniment probable*, d'après la dyspnée et *surtout* d'après l'intensité de la réaction fébrile ; le traitement devrait en conséquence être dirigé d'après cette présomption.

MM. Barth et Roger pensent que non-seulement le râle crépitant caractérise l'existence d'une pneumonie, mais d'après le point du poumon où il siége, il pourrait indiquer en outre si la phlegmasie est simple ou compliquée, si, par exemple, elle s'est développée ou non autour de tubercules. Ces auteurs établissent comme un principe d'auscultation, que si du râle crépitant est entendu au sommet de la poitrine, exclusivement en avant, et s'il coïncide avec des symptômes fébriles, on devra soupçonner l'existence d'une pneumonie tuberculeuse (1). Ils émettent cette proposition en considérant que, dans les conditions ordinaires, l'inflammation franche du lobe supérieur du poumon envahit la moitié postérieure beaucoup plus tôt que la moitié antérieure, que, par conséquent, les signes physiques de la pneumonie franche débutent presque toujours en arrière, et que lorsque la phlegmasie gagne la partie antérieure, ils persistent d'ordinaire avec plus d'évidence postérieurement. Ces faits sont parfaitement vrais, mais je ne crois pas qu'ils suffisent pour justifier l'opinion émise par ces deux habiles médecins. J'ai vu, en effet, deux individus chez lesquels les phénomènes stéthoscopiques persistèrent pendant plusieurs jours sous la clavicule ; rien n'indiquait

(1) *Traité pratique d'auscultation*, p. 154, 5e édit.

pourtant qu'ils fussent tuberculeux. Disons, en outre, que chez les dix individus qui furent pris de pneumonie, après avoir déjà présenté des signes rationnels ou physiques de tubercules, la pneumonie affecta le même mode de développement que dans les cas ordinaires, c'est-à-dire que les signes d'auscultation furent d'abord constatés dans les fosses sus et sous-épineuse ou dans l'aisselle; ce ne fut que plus tard qu'ils s'entendirent sous la clavicule.

La proposition de MM. Barth et Roger serait plus vraie, si l'on disait que du râle crépitant, perçu dans un point circonscrit du sommet, en *avant* ou en *arrière*, et persistant longtemps au même degré, peut faire soupçonner une complication tuberculeuse, attendu que les pneumonies franches ont une marche différente et un autre mode de développement. Il faut toujours se rappeler que les tubercules se déposent d'abord dans la partie la plus élevée du poumon, et qu'ils cheminent d'arrière en avant; aussi les signes physiques qui peuvent en indiquer la présence existent-ils plus souvent dans la fosse sus-épineuse d'abord, plus tard sous la clavicule.

La respiration bronchique considérée isolément, et indépendamment de tous les autres symptômes de pneumonie, ne peut signifier qu'une chose, savoir : que la portion du poumon au niveau de laquelle ce bruit est entendu, est devenu tout à fait imperméable à l'air, et que ce fluide s'arrête et retentit dans les gros tuyaux bronchiques. Chez l'adulte, l'existence d'une respiration bronchique peut indiquer aussi bien une hépatisation rouge ou grise que toute autre induration pulmonaire, mélanique, apoplectique, cancéreuse, etc., et même elle peut résulter de la compression du poumon exercée par une tumeur extérieure à cet organe. Elle peut encore être perçue au niveau d'une dilatation uniforme des bronches; enfin, on la retrouve aussi dans certains épanchements pleurétiques. Je ne saurais donc être de l'avis de mon éminent collègue M. le professeur Andral, qui regarde le souffle tubaire comme *un moyen excellent* de distinguer l'une de l'autre, la pneumonie et la pleurésie; il pense que toutes les fois qu'on entend nettement la respiration bronchique, on doit établir, presque à coup sûr, l'existence d'une pneumonie (1). Nous croyons que le souffle tubaire ne saurait avoir une valeur pareille, du moment qu'on peut le rencontrer, dans la pleurésie elle-même, avec les caractères qu'il a dans l'hépatisation. Je veux bien que ce soit là un cas exceptionnel, que le plus souvent le souffle de la pleurésie soit doux et profond,

(1) *Clinique médicale*, t. III, p. 488, note de la 4e édit.

mais suivant le plus ou moins d'abondance de l'épanchement, suivant le point où la compression s'exerce, ce souffle peut changer de caractère, et devenir aussi bruyant qu'il l'est dans la pneumonie. Je reviendrai d'ailleurs sur ce point, lorsque, plus tard, nous établirons le diagnostic différentiel entre la pneumonie et la pleurésie.

Faisons observer que ce que je viens de dire s'applique surtout à l'adulte et au vieillard, et beaucoup moins aux enfants au delà de cinq à six ans. On sait, en effet, que de la naissance à cet âge une pleurésie pouvant donner lieu à des symptômes graves est chose assez rare; aussi, le souffle tubaire qu'on entend chez les sujets dont je parle, devrait indiquer presque à coup sûr l'existence d'une induration pulmonaire plutôt que d'une pleurésie; cependant, chez l'enfant, plus peut-être que chez l'adulte et chez le vieillard, un épanchement pleurétique est capable de donner lieu au souffle tubaire le plus bruyant.

Il est important de prémunir ici les médecins contre une erreur qu'ont commise quelques personnes qui avaient rarement exploré la poitrine des enfants à l'état sain : c'est de confondre la respiration exagérée ou puérile avec la respiration bronchique, à tel point qu'on a prétendu que le souffle tubaire était un état physiologique chez les jeunes enfants. Je crois presque inutile de combattre une pareille erreur, car il n'y a aucune ressemblance entre le souffle bronchique et la respiration puérile. Celle-ci est bruyante, il est vrai, mais on sent que l'air arrive facilement dans les vésicules, et on ne l'entend que pendant l'inspiration, tandis que le souffle tubaire donne une sensation bien différente à l'oreille, et on le perçoit dans l'inspiration comme pendant l'expiration.

A propos de la respiration bronchique, je dois encore faire observer que lorsqu'elle est très-intense, ou lorsque les parois thoraciques sont douées d'une force de transmission très-grande, on peut, en appliquant l'oreille sur certains points du côté sain, entendre un souffle tubaire aussi bruyant que s'il se passait immédiatement au-dessous. Cette illusion a fait souvent croire à l'existence d'une pneumonie double; cependant l'erreur est facile à éviter, si l'on contrôle les résultats de l'auscultation par ceux de la percussion. Lorsque, en effet, le bruit qu'on perçoit n'est que transmis du côté malade au côté sain, celui-ci donne à la percussion une sonorité normale; il n'en serait pas de même si le poumon était imperméable à ce niveau.

Toutes les fois que la pneumonie est superficielle, la percussion donne des signes positifs sans être pourtant caractéristiques. Le degré de matité sera proportionné au degré d'imperméabilité du

poumon, mais jamais la matité ne sera aussi absolue qu'elle l'est dans un épanchement pleurétique ; il n'est pas rare même qu'au niveau d'une hépatisation le son soit plutôt obscur que mat, c'est ce qu'on remarque surtout aux deux extrêmes de la vie. On peut expliquer ce fait par le peu d'épaisseur des parois thoraciques et par la fréquente dilatation des cellules les plus superficielles, disposition qu'on trouve surtout chez les vieillards. Il importe donc ici, comme toujours, de percuter alternativement les deux côtés, afin de posséder un terme de comparaison aisément appréciable.

Je ne dirai rien de la dyspnée, ni du point de côté, ni de la toux, symptômes qui, étant communs à plusieurs maladies de poitrine, n'ont qu'une valeur relative ; par conséquent ils ne sauraient donner au diagnostic aucune précision. Ce sont des symptômes simplement *indicateurs*, c'est-à-dire qui portent l'attention du médecin du côté de la poitrine, et qui engagent à explorer avec soin les organes contenus dans cette cavité. Mais il importe de faire remarquer que parmi ces signes la douleur pleurétique peut conduire à l'erreur lorsqu'elle occupe une place insolite. C'est ainsi que lorsqu'elle siége au niveau de l'épaule, et qu'elle semble s'exaspérer par les mouvements de l'articulation, elle a fait croire souvent à l'existence d'une arthrite ; et combien de fois aussi, lorsqu'elle occupait une fosse iliaque ou l'une des régions lombaires, et qu'elle augmentait par la pression, elle a fait supposer une phlegmasie du tissu cellulaire ou d'un organe profondément placé. Un interrogatoire habilement dirigé, et surtout une exploration bien faite et complète, peuvent seuls faire éviter une aussi grossière erreur.

La fièvre et les phénomènes sympathiques fournis par l'expression de la physionomie et par l'état des forces, sont des éléments de diagnostic très-importants, surtout chez les vieillards. Nous avons vu précédemment qu'à cette époque de la vie, la pneumonie étant souvent latente, le point de côté et les crachats caractéristiques pouvaient manquer ; souvent il n'y a pas d'oppression, et l'examen attentif de toute la poitrine ne fait découvrir aucune altération dans le murmure respiratoire ; on ne perçoit pas de bruit anormal, parce que la phlegmasie siége dans les parties profondes ou centrales de l'organe. Cependant, malgré les résultats négatifs que donne l'exploration des organes thoraciques, si l'on apprend que le sujet, après avoir éprouvé un frisson plus ou moins violent, a été pris de fièvre intense, si l'on constate que cet appareil fébrile continu date déjà de plusieurs jours, et qu'il s'accompagne d'une altération notable dans l'expression du facies et dans l'état des forces, si l'examen de la surface du corps et des organes contenus dans les cavités

splanchniques ne fait découvrir nulle part de phlegmasie, on devra regarder l'existence d'une pneumonie comme *infiniment probable;* dans la plupart des cas les symptômes ultérieurs ne tarderont pas à transformer cette présomption en certitude. Ici, les doutes du médecin se fondent sur plusieurs ordres de considérations : 1° sur la fréquence des pneumonies chez les vieillards ; 2° sur ce que, de toutes les phlegmasies qu'on observe à cet âge, il n'en est point qui se montre plus souvent qu'elles, d'une manière latente ; 3° parce que, de toutes les maladies aiguës dont les vieillards peuvent être atteints, c'est la pneumonie qui excite la fièvre la plus intense, prostre le plus les forces, réveille le plus grand nombre de sympathies sans déterminer presque aucun trouble fonctionnel du côté de l'organe malade; si, par contre, une phlegmasie assez intense pour avoir excité la fièvre qu'on observe s'était déclarée dans un des organes contenus dans la tête ou dans l'abdomen, on observerait des désordres fonctionnels qui feraient aisément découvrir le siége de la maladie.

Chez les enfants et chez les jeunes gens, souvent même chez les adultes, un appareil fébrile intense qui a débuté par un frisson violent et qui ne s'accompagne d'abord d'aucun désordre fonctionnel prédominant, se rattache beaucoup moins nécessairement que chez les vieillards à l'existence d'une pneumonie. En effet, chez les individus encore jeunes, la fièvre est souvent l'avant-coureur ou le symptôme de plusieurs maladies graves, qu'on retrouve infiniment moins et souvent presque plus chez les vieillards, telles sont les fièvres éruptives et l'affection typhoïde; mais alors une observation attentive pendant un ou plusieurs jours, l'examen de toutes les fonctions, l'exploration de tous les organes, suffiront le plus souvent, dans les cas même les plus obscurs et les plus difficiles, pour faire connaître la nature de la maladie et pour en fixer le siége.

Il est un symptôme de voisinage étranger en quelque sorte à la maladie et qui peut aisément détourner l'attention sur l'existence d'une pneumonie : je veux parler de l'ictère assez commun, comme nous l'avons dit (p. 369) dans les pneumonies qui occupent le lobe inférieur du poumon droit. Lorsque les crachats manquent, que la toux est si rare qu'elle reste inaperçue des malades eux-mêmes, on songe bien souvent alors, dès la première inspection du malade, plutôt à une affection hépatique qu'à la pneumonie, et cependant c'est le contraire qui devrait être, car les lésions inflammatoires du foie, ainsi que l'affection dite *ictère grave*, sont des maladies rares, de telle sorte que lorsque, au début d'une affection

aiguë fébrile, on voit un ictère apparaître, on doit, dans notre climat du moins, songer plutôt à une pneumonie qu'à une lésion de l'organe hépatique lui-même; par conséquent, l'exploration de la poitrine doit être faite avec la plus minutieuse attention.

Il est un autre trouble des organes digestifs qui est cause que certaines pneumonies sont méconnues au début : ce sont les vomissements. Combien de malades et même de médecins ne croient qu'à une indigestion, lorsque l'affection éclate peu de temps après les repas. Mais dans ce cas les troubles gastriques ont généralement été précédés d'un violent frisson, et il y a une fièvre intense. Cette circonstance seule doit faire redouter le début d'une phlegmasie, probablement d'une phlegmasie grave, par conséquent l'attention doit être plus particulièrement dirigée du côté de la poitrine et plus spécialement du côté du poumon. Nous avons dit aussi précédemment (p. 265) que des vomissements se montraient souvent au début de la pneumonie, même lorsque l'estomac est vide d'aliments. C'est là un accident commun à un grand nombre d'états fébriles; par conséquent, il ne saurait avoir une grande valeur diagnostique. Je n'hésite pas à croire pourtant, comme M. le docteur Imbert-Gourbeyre (1), qu'au début d'une affection aiguë de poitrine, lorsque les signes caractéristiques manquant, on hésite entre une pleurésie et une pneumonie, l'existence de vomissements devra plutôt faire pencher pour la seconde que pour la première, attendu que cet accident est un phénomène aussi rare dans l'inflammation pleurétique qu'il est commun dans celle qui atteint le parenchyme pulmonaire. Si ce fait n'existe pas à tous les âges, il semble vrai du moins pour l'adulte et pour le vieillard. Chez ce dernier surtout, on trouve encore un signe indicateur dans l'état de la langue. La sécheresse de l'organe, l'aspect râpeux de sa surface, sa coloration brunâtre survenant prématurément dès le début d'un état fébrile, devront en effet éveiller la sollicitude du médecin, et c'est vers les poumons qu'il faudra tout d'abord faire les premières recherches, car, nous l'avons dit, à cette époque de la vie la pneumonie est de toutes les phlegmasies graves la plus commune et une de celles aussi qui peuvent être le plus aisément latentes.

§ 2. — **Déterminer le siége de la pneumonie.**

Déterminer le siége d'une pneumonie, c'est indiquer non-seulement lequel des deux poumons est affecté, mais c'est préciser

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1854, p. 610.

aussi le point de l'organe qui est envahi et l'étendue que la phlegmasie occupe. Pour résoudre ces différents problèmes dont la solution importe tant au pronostic, le médecin aura égard au siége de la douleur, ainsi qu'aux signes fournis par l'auscultation et par la percussion.

La douleur fixée dans un des côtés de la poitrine dénote presque toujours que la phlegmasie occupe le poumon correspondant ; elle peut même, chez un cinquième des malades environ, indiquer le point précis de l'organe que l'inflammation affecte; mais ce symptôme manque chez un dixième des sujets à peu près. Il ne peut d'ailleurs nous faire reconnaître si la pneumonie est simple ou double, si elle occupe un espace circonscrit, ou si elle s'étend sur une grande surface; enfin il est peut-être des cas fort rares sans doute où la douleur n'indiquerait pas même lequel des deux poumons est malade, puisque d'après quelques auteurs, elle aurait été parfois remarquée dans le côté de la poitrine opposé à celui qu'occupait la pneumonie. Il est donc indispensable, pour déterminer rigoureusement le siége et l'étendue de la pneumonie, d'avoir recours aux signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

Il est toujours prudent de commencer l'exploration de la poitrine par le côté qu'on suppose sain ; sans cette précaution on risque d'omettre cet examen et de méconnaître ainsi l'existence d'une pneumonie double. Les points de la poitrine où existeront la crépitation et le souffle bronchique indiqueront précisément la portion du poumon qui se trouve affectée. L'étendue dans laquelle l'auscultation fera entendre ces bruits morbides, et celle dans laquelle la percussion donnera un son obscur ou mat, révéleront en général l'étendue de la surface occupée par la pneumonie. Je dis en général, car il n'est pas toujours possible de mesurer aussi mathématiquement que quelques-uns le supposent l'étendue de la phlegmasie. Il arrive en effet quelquefois que la pneumonie, au lieu de s'étendre sur une large surface, gagne plutôt en profondeur, elle n'affecte guère que les parties centrales, tandis que les couches superficielles restent perméables presque partout. Il n'est pas possible de diagnostiquer sûrement un pareil mode de propagation de la maladie ; on peut cependant le soupçonner, lorsqu'on voit la fièvre, la chaleur, la dyspnée, l'anxiété augmenter d'intensité, quoique cependant les phénomènes fournis par l'auscultation et par la percussion, bornés toujours dans le même espace, sembleraient indiquer que la phlegmasie ne s'est pas propagée au loin.

Nous avons dit qu'il y avait des pneumonies tout à fait centrales,

c'est-à-dire qui occupent une portion de l'organe situé profondément, et séparées, par conséquent, de l'oreille par une grande épaisseur de tissu pulmonaire tout à fait perméable. Dans ce cas, le diagnostic ne peut être établi que par la nature de l'expectoration; si ce signe manque, on n'a le plus souvent que des présomptions sur la nature de la maladie. Cependant Laennec (1) a prétendu qu'on pouvait reconnaître facilement *de légers points pneumoniques à la base ou au centre de l'organe;* il affirme que le râle crépitant s'entend très-bien dans les conditions dont je parle; on reconnaîtrait alors qu'il se passe profondément, qu'il n'existe plus que dans un point circonscrit, tandis que plus superficiellement on distinguerait le bruit d'expansion pulmonaire pur et quelquefois puéril. Si la pneumonie passe au deuxième degré, le souffle s'entendrait de même dans un point plus ou moins éloigné de l'oreille, tandis qu'une respiration vésiculaire serait perçue à la surface; Laennec ajoute enfin que quelquefois même on entend une bronchophonie et une toux bronchique profondes, malgré l'intégrité des couches superficielles du poumon. A mesure que la pneumonie centrale s'approche de la surface, on verrait le bruit d'expansion qui était superficiel, occuper à chaque nouvelle exploration une moindre épaisseur, tandis que le souffle et la bronchophonie s'approcheraient de plus en plus de l'oreille.

Je n'hésite pas à dire que Laennec comme beaucoup d'inventeurs a exagéré ici la puissance de sa merveilleuse découverte. Je ne crois pas, en effet, qu'on puisse reconnaître par l'auscultation, un noyau d'induration situé au centre d'un lobe. Comment croire en effet que le diagnostic soit arrivé à ce degré de précision, lorsque tous les jours, nous sommes forcés d'avouer notre impuissance pour reconnaître les noyaux d'hépatisation disséminés çà et là à la surface même des poumons; c'est ce qu'on voit dans les pneumonies lobulaires. D'ailleurs il y a des cas où, quoique la pneumonie soit située à peu de profondeur, cependant les bruits pathologiques ne sont point transmis à l'oreille, ou ne le sont que fort incomplétement. Je puis citer à ce sujet deux faits remarquables qui prouveront la vérité de ce que je dis ici.

En 1835, un homme mourut à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu avec une pneumonie qui occupait presque tout le poumon gauche. Dans les derniers temps, la phlegmasie avait envahi la face et le bord antérieur de l'organe; j'avais été averti de l'extension de la maladie par un défaut d'élasticité et par une sonorité moins par-

(1) Tome I, p. 351.

faite donnée par la percussion ; l'auscultation pratiquée dans les mêmes points faisait entendre le bruit d'expansion pulmonaire le plus souvent très-pur, quoique de temps en temps on eût une sensation vague très-peu distincte de quelques bulles fort rares de crépitation. A l'autopsie, les portions du poumon au niveau desquelles j'avais constaté ce phénomène, furent trouvées hépatisées ou frappées de pneumonie au premier degré, à l'exception pourtant de la partie la plus superficielle de l'organe, qui, dans une épaisseur de 2 à 9 millimètres, était parfaitement souple, crépitante et perméable à l'air. L'*écorce du poumon*, si je puis parler ainsi, était la seule partie qui fût intacte, c'est là que se passait le bruit vésiculaire que nous avions entendu pendant la vie. J'ai postérieurement observé un fait à peu près semblable sur un jeune homme de dix-sept ans, qui succomba avec une hépatisation grise de presque tout le poumon droit. Jusqu'à sa mort, un bruit respiratoire pur, mais inégalement fort, fut perçu dans le cinquième inférieur postérieur de cet organe ; on n'entendait plus dans ce point ni râle ni souffle, quoique ces derniers signes fussent très-marqués dans toute la hauteur de la face postérieure. J'eusse très-aisément cru que la pneumonie n'avait pas envahi cette partie du poumon, si la percussion pratiquée un peu fort ne m'avait fait découvrir aussitôt dans cet endroit une sonorité moins parfaite et surtout un défaut notable d'élasticité. Le malade ayant succombé, l'autopsie démontra que tout le lobe inférieur était en état d'hépatisation grise ; cependant je constatai que dans la moitié inférieure de ce lobe, l'altération n'arrivait pas jusqu'à la surface, car la couche la plus superficielle du poumon, un peu infiltrée dans quelques points, était partout ailleurs souple et perméable.

Ces deux faits démontrent combien il est difficile d'arriver par l'auscultation au diagnostic des indurations pulmonaires situées au centre d'un lobe, lors même qu'elles occuperaient une étendue assez considérable en surface et en profondeur. Ce qu'il y a de remarquable dans ces deux faits, c'est que quelques millimètres de poumon perméable aient été capables d'amortir, d'étouffer les bruits pathologiques qui se passaient profondément. Dira-t-on que chez les deux malades dont je viens de parler, les poumons avaient moins de conductibilité qu'ils n'en ont ordinairement, c'est une chose qu'il est impossible de nier ou d'affirmer ; mais lors même que les faits que je viens de rapporter seraient exceptionnels, ils ne devraient pas moins nous engager à ne pas exagérer la puissance de l'auscultation pour diagnostiquer les pneumonies centrales. On trouve d'ailleurs des occasions fréquentes dans la pra-

tique pour s'assurer combien l'auscultation fournit peu de données utiles, lorsque la pneumonie siége à une certaine profondeur. J'ai dit en effet que j'avais vu, avec Chomel, quatre pneumonies dans lesquelles on n'avait perçu à aucune époque des phénomènes d'auscultation, et j'ai rencontré très-souvent des phlegmasies pulmonaires qui, primitivement centrales, et n'étant arrivées à la surface de l'organe que lorsque la maladie avait certainement passé au deuxième degré dans les points d'abord envahis, on n'obtenait pourtant à l'auscultation que la connaissance des bruits produits dans les parties les plus superficielles, c'est-à-dire un affaiblissement du murmure vésiculaire ou bien une crépitation plus ou moins nombreuse.

On a vu précédemment qu'il était possible dans quelque cas de préciser à peu près par l'auscultation la tendance qu'avait la pneumonie à envahir de nouvelles surfaces. Je rappellerai qu'une respiration puérile ou mieux encore qu'un affaiblissement du bruit respiratoire limité à une petite étendue, si ce dernier signe toutefois n'est pas l'effet d'un épanchement dans la plèvre, indiqueront presque sûrement que le poumon est déjà dans ce point le siége d'une altération qui, à un degré un peu plus avancé, se révélera par des râles crépitant ou sous-crépitant (1).

§ 3. — Diagnostiquer le degré de la pneumonie et ses diverses terminaisons.

Il importe beaucoup pour le pronostic de la pneumonie et pour fixer le choix des moyens thérapeutiques, de déterminer le degré d'altération que le parenchyme pulmonaire a éprouvé. La plupart des auteurs ont pensé qu'on pouvait juger du degré auquel la pneumonie est arrivée, en ayant égard : 1° au caractère de l'expectoration; 2° aux résultats donnés par la percussion et par l'auscultation.

(1) M. le docteur Fournet a décrit une congestion active du poumon, dont la pneumonie serait un des modes naturels de terminaison, et qui serait caractérisée à l'auscultation par un râle humide à bulles continues qu'il eût été peut-être plus simple de nommer râle sous-crépitant. L'auteur croit que cet état de congestion doit précéder le premier degré ; il a vu un malade succomber à une pneumonie de marche très-rapide, qui avait été précédée dans chacun des points envahis par les signes de la congestion pulmonaire active. J'admets la possibilité d'un état de congestion avant la période d'engouement inflammatoire, mais je n'ai jamais pu saisir aucun des caractères signalés par M. Fournet comme pouvant la caractériser, bien que je les aie recherchés un grand nombre de fois. (*Recherches sur l'auscultation*, t. I, p. 202.)

Les crachats homogènes, visqueux, aérés, rouillés, rouges ou jaunes, indiquent que la pneumonie n'est pas encore parvenue au troisième degré. Lorsqu'à l'autopsie l'infiltration purulente du poumon existait sans mélange avec les deux premiers degrés, les crachats caractéristiques avaient cessé un ou plusieurs jours avant la mort ; dans un seul cas, le tiers des crachats resta rouge et visqueux jusqu'à la mort, mais chez cet individu, quoique l'hépatisation grise occupât la plus grande partie du poumon, il y avait néanmoins plusieurs points de l'organe dans lesquels la pneumonie n'avait pas encore dépassé le deuxième degré : il est probable que c'est dans cette portion du poumon que les crachats caractéristiques avaient été exhalés. Les crachats verdâtres ne sont d'aucune valeur pour déterminer le degré auquel la pneumonie est parvenue, puisque je les ai rencontrés à peu près indifféremment à toutes les époques de la maladie, mais surtout dans les cas d'hépatisation rouge ou grise. On a regardé comme pouvant caractériser le troisième degré ou l'infiltration purulente des poumons, l'expulsion de crachats opaques, puriformes, ou bien le rejet de crachats noirs ou bruns, et plus ou moins semblables à du jus de réglisse ou de pruneaux. On a émis à cet égard des propositions beaucoup trop absolues. Ainsi les crachats opaques et puriformes qui ont été surtout signalés dans la pneumonie des vieillards, n'ont aucune valeur pour caractériser le troisième degré de la maladie, puisqu'une expectoration semblable se rencontre journellement chez ceux qui sont atteints de catarrhes pulmonaires chroniques. Quant aux crachats séreux, bruns ou noirs, surmontés ou non d'une spume blanchâtre, si comme je l'ai déjà dit, je ne consultais que mes propres observations, je devrais les regarder comme caractérisant le troisième degré de la pneumonie, puisque les quatre malades qui présentèrent cette variété de crachats, étaient tous affectés d'une infiltration purulente du parenchyme pulmonaire, mais ces faits sont trop peu nombreux pour pouvoir fixer la valeur sémiotique d'un symptôme. D'ailleurs des neuf malades chez lesquels M. Andral a observé les crachats dont je parle, six avaient une hépatisation grise ; chez deux, la maladie n'était encore qu'au deuxième degré; enfin l'un des malades qui guérit, n'était atteint que d'une pneumonie légère qui ne paraît pas avoir dépassé la période d'engouement (1). Chomel ne croit pas aussi que les crachats jus de pruneaux indiquent nécessairement le troisième degré de la maladie, car plusieurs fois il en a observé de sem-

(1) *Clinique médicale*, t. III, p. 499.

blables dès le deuxième jour de l'affection, et à une époque où il n'était guère permis de supposer que la suppuration existât déjà (1). Concluons qu'il est impossible de diagnostiquer le degré auquel la pneumonie est arrivée par la seule considération des crachats. Cependant la plupart des faits connus jusqu'à ce jour ayant montré que l'expectoration jus de pruneaux coïncidait plus souvent avec le troisième degré de la pneumonie qu'avec les deux autres, on devra dans tous les cas où elle existe, *soupçonner* une infiltration purulente du poumon, mais il serait imprudent de l'*affirmer*, même en se fondant sur la durée de la maladie.

L'auscultation, par la respiration bronchique et la bronchophonie, donne un signe important pour distinguer le deuxième degré de la pneumonie d'avec le premier, qui est essentiellement caractérisé par le râle crépitant. Le mélange de ces deux espèces de bruits morbides indiquera que dans la portion du poumon qu'on explore, il existe à la fois les deux premiers degrés de la pneumonie, tandis que l'existence isolée d'un de ces phénomènes montrera que la phlegmasie est arrivée partout au même point.

Il n'y a aucun signe fourni par l'exploration des organes respiratoires, ni aucun ensemble de phénomènes capable de révéler au médecin d'*une manière certaine*, le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. On peut *soupçonner* l'hépatisation grise, mais il est impossible de la *diagnostiquer sûrement*. Je renvoie, d'ailleurs, à ce que j'ai déjà dit à ce sujet, aux pages 317 à 322. J'ajouterai encore que s'il n'est pas permis de distinguer sûrement le troisième degré du deuxième, on peut cependant le craindre, le soupçonner dans beaucoup de cas. C'est ainsi qu'une dyspnée croissante, la pâleur de la face, ou bien sa couleur jaunâtre ou plombée, l'altération subite des traits, l'état fuligineux des dents et de la langue, le subdelirium, l'état typhoïde, sont des signes qui, par leur réunion, peuvent faire considérer l'infiltration purulente comme probable; ces signes ont d'autant plus de valeur qu'ils se sont plus subitement déclarés. La durée de la maladie ne peut fournir que des données vagues, très-incertaines, car d'une part j'ai vu l'hépatisation grise être complète au bout de trois ou quatre jours, tandis que d'autres fois la mort n'arrivant qu'au quinzième, seizième ou dix-huitième jour, on constatait cependant que la pneumonie n'avait pas dépassé le deuxième degré.

Je conclus, de tout ce qui précède, que les deux premiers degrés de la pneumonie seront diagnostiqués sûrement, et distingués l'un

(1) *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., t. XXV, p. 179.

de l'autre à l'aide de l'auscultation, mais qu'il n'existe jusqu'à présent aucun signe stéthoscopique, aucun caractère de l'expectoration, ni aucun ensemble de signes réactionnels et sympathiques qui puissent faire affirmer que la pneumonie est passée à l'état d'infiltration grise.

Il est inutile de dire que lorsqu'un abcès du poumon enkysté ou non, ne communique pas encore avec les bronches, il est tout à fait impossible de le diagnostiquer, et même d'en soupçonner l'existence. Il en serait de même si l'abcès, quoique communiquant avec un tuyau bronchique, n'avait que le volume d'une petite aveline, à moins pourtant que plusieurs de ces abcès fussent rapprochés et réunis sur un petit espace. Mais si à la suite d'une pneumonie aiguë on constate, dans un point circonscrit, un râle muqueux nombreux, ou mieux encore un gargouillement, et plus tard une respiration et une voix caverneuses, phénomènes qui succèdent eux-mêmes le plus souvent à une évacuation abondante de pus par la bouche, on diagnostiquera la formation d'un abcès pulmonaire. Cependant ce diagnostic peut offrir quelquefois de l'obscurité.

Nous avons vu, précédemment, que les anciens, et même que plusieurs auteurs modernes, avaient diagnostiqué l'existence d'abcès pulmonaires, par cela seul que les malades avaient expectoré une plus ou moins grande quantité de pus véritable, ou de matière opaque et d'aspect seulement purulent. On a pu se convaincre qu'ils avaient commis de graves erreurs dans la plupart des cas, et méconnu, soit des épanchements pleurétiques, soit des cavernes tuberculeuses, ou bien enfin des abcès qui, ayant commencé dans des organes plus ou moins éloignés, avaient fini par se faire jour à travers le tissu pulmonaire. Il est pourtant assez facile d'éviter les erreurs que je viens de signaler ; pour cela, on aura égard à la marche que la maladie a suivie, ainsi qu'aux symptômes que les malades ont présentés dès le début, de telle sorte qu'il sera le plus souvent possible de déterminer, par exemple, si les individus soumis à notre observation ont eu une pneumonie ou seulement une pleurésie. C'est ce que je rechercherai plus tard, lorsque j'établirai le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Lorsqu'un travail inflammatoire survient dans un noyau d'apoplexie pulmonaire, celui-ci se ramollit et se transforme en un foyer purulent, qui peut s'ouvrir dans les bronches et s'évacuer par cette voie. M. le docteur Rousset (de Marseille) paraît avoir observé deux faits semblables, dont le diagnostic établi pendant la vie, se trouva vérifié par la nécropsie. Les malades, après avoir éprouvé pendant plusieurs jours des hémoptysies fréquentes, rejetèrent une grande

quantité d'un liquide rouge, sale, mélangé à de petits corpuscules fibrineux, cette expectoration fut immédiatement suivie de tous les signes physiques d'une excavation dans le poumon. On voit ici que d'après la nature des symptômes et la marche même de la maladie, il serait possible de déterminer la cause qui a produit l'excavation pulmonaire qu'on constate.

Comment distinguer si le pus expectoré par les malades a été sécrété dans le poumon, ou si, au contraire, il provient d'un abcès formé dans un organe plus ou moins éloigné? Supposons un abcès développé dans le foie, dans la rate ou dans les reins, et menaçant de s'ouvrir dans les bronches, nous aurons d'abord dans les commémoratifs des symptômes positifs, indiquant un trouble vers ces organes, tandis qu'il n'y aura rien ou peu de chose vers les organes respiratoires, il n'y aura que quelques troubles de voisinage s'expliquant aisément par la pression que la tumeur exerce sur le diaphragme et sur le poumon. Lorsque la pneumonie se déclare, elle est en général circonscrite et centrale ; par conséquent elle reste souvent méconnue. C'est dans ces circonstances d'un état maladif déjà ancien et dans lequel les organes pulmonaires paraissent presque étrangers, que tout à coup des symptômes graves font explosion vers la poitrine; le malade étouffe, suffoque, et bientôt il rend par flot une quantité de pus, quelquefois énorme. Ce liquide, s'il vient du foie, est en général phlegmoneux; s'il provient au contraire du rein, comme Dehaen et M. Lepneveu en rapportent chacun un exemple, il sera séreux, grisâtre, extrêmement fétide. Dans le fait cité par ce dernier, le dépôt qui existait dans l'urine diminuait ou augmentait, suivant que l'expectoration était abondante ou qu'elle se supprimait. L'examen attentif des symptômes, leur comparaison, la marche de la pneumonie permettront, je crois, à un médecin attentif et instruit, de distinguer ces diverses variétés d'abcès perforants du poumon d'avec les cavernes tuberculeuses d'avec les abcès primitifs et les empyèmes qui se vident par les bronches.

L'odeur fétide, ou de putréfaction, de pourriture, exhalée par l'expectoration et surtout par l'haleine des malades, permettra, dans tous les cas, de reconnaître la formation d'un point gangréneux dans les parties envahies par la phlegmasie. Rappelons que cet accident est des plus rares. Nous renvoyons d'ailleurs à ce qui a été dit précédemment.

§ 4. — Diagnostiquer quelle est la forme de la pneumonie.

Il ne suffit pas de diagnostiquer s'il existe ou non une pneumonie, mais on doit encore reconnaître la forme de la maladie, c'est-à-dire cet état symptomatique qui donne à l'affection une physionomie spéciale, et qui modifie profondément le pronostic et surtout la thérapeutique.

Le diagnostic de la forme bilieuse ne présente aucune difficulté; aussi, je crois inutile de revenir sur les phénomènes qui la caractérisent. Quant à la forme latente, je redirai encore que pour ne pas méconnaître une pneumonie qui débute d'une manière insidieuse, il faut toujours explorer la poitrine; il faut que cette exploration soit complète; on doit en agir ainsi surtout chez les vieillards, même quand ils ne se plaignent que d'un peu de malaise. A cet âge, il faut tenir compte de tous les troubles fonctionnels qui surviennent; un peu de malaise, la fièvre la plus légère, doivent toujours éveiller la sollicitude du médecin et le porter à en rechercher la cause, le point de départ. Chez le vieillard, un mouvement fébrile dont le début est marqué par un violent frisson, qui dépasse la durée de la fièvre éphémère, et qui ne trouve point son explication dans une phlegmasie appréciable à la vue ou par des symptômes locaux, doit faire soupçonner une pneumonie ; si la fièvre persiste quatre ou cinq jours dans une saison où les pneumonies règnent, elle suffira pour donner au médecin, non pas une conviction entière, mais une forte présomption. Il devra diriger sa thérapeutique d'après ces craintes, et faire ses réserves sur le pronostic. Ces préceptes sont ceux que j'ai entendu bien souvent professer par Chomel, et j'ai été à même d'en apprécier toute la sagesse et toute l'importance.

Chez un quart des malades qui eurent une pneumonie typhoïde, le diagnostic parut présenter quelques difficultés. En voyant une céphalalgie continue, des épistaxis, des vertiges, la prostration extrême des forces, on était naturellement porté à soupçonner quelque lésion du côté des plaques de Peyer, d'autant mieux que quelquefois les symptômes thoraciques étaient peu marqués, inaperçus des malades qui affirmaient ne point souffrir de la poitrine et n'avoir ni expectoration ni toux. J'ai vu d'excellents praticiens commettre cette méprise, et je pourrais aussi prouver que des fièvres typhoïdes, citées dans des livres comme ayant été jugulées par des saignées, n'étaient autre chose que des pneumonies à forme adynamique ou ataxique, sans lésion concomitante des plaques de Peyer. On évitera

facilement l'erreur dont je parle, si, faisant abstraction pour un moment de la stupeur et de la prostration des malades, on remarque dans les cas de pneumonie typhoïde l'absence plus ou moins complète des symptômes abdominaux, si importants et si constants dans les fièvres graves. Il peut, il est vrai, y avoir de la diarrhée; mais on n'observe ni météorisme, ni gargouillement, ni douleur dans la fosse iliaque, la rate a son volume, et il n'existe pas d'éruption cutanée. Toutefois, j'avoue que dans quelques cas assez rares on peut éprouver de la difficulté dans le diagnostic. En lisant, en effet, la relation de l'épidémie de Noyers, on voit que quelques malades ont présenté, à part l'éruption, presque tous les autres symptômes de la fièvre typhoïde, à tel point qu'on aurait pu supposer une erreur de diagnostic, si l'auteur, M. Torchet, n'avait eu soin de nous faire observer que dans les autopsies qu'il a pratiquées, on n'observa ni plaques, ni ulcérations dans l'intestin, et que l'engouement ou l'hépatisation pulmonaire étaient les seules lésions qui étaient révélées par l'ouverture des cadavres. D'ailleurs, ces difficultés n'existent que pour les sujets encore jeunes, car chez les individus âgés, l'idée d'une fièvre typhoïde doit beaucoup moins préoccuper, puisque cette affection est presque inconnue après la cinquantième année.

L'erreur sera dans tous les cas évitée si l'on interroge attentivement les malades. On apprendra le plus souvent que l'individu est tombé brusquement malade, et qu'il n'a pas éprouvé, le plus communément du moins, cet état prodromique d'une durée plus ou moins longue qu'on observe dans la fièvre typhoïde. Ces individus ont eu communément un violent frisson au début, parfois une petite douleur de côté qui s'est vite dissipée; on surprend en général pendant l'interrogatoire de petites quintes de toux sèche, et l'on peut trouver quelquefois sur les linges des vestiges de crachats suspects de pneumonie. Il est rare en effet que ces malades, tant la prostration est grande, songent à prendre le vase destiné à recevoir les matières expectorées. Cette prostration des forces, cette résolution musculaire, est en outre un obstacle pour pratiquer convenablement l'exploration. Ces individus, en effet, se mettent péniblement sur leur séant, et on les y maintient avec peine; ils respirent mal, très-incomplétement, et l'on obtient difficilement d'eux de respirer largement, profondément, de tousser et de parler, de sorte que la crépitation peut facilement être méconnue, surtout lorsque la pneumonie est au niveau des fosses sus et sous-épineuses. On comprend même que dans ces cas la percussion soit difficile; cependant c'est par elle souvent qu'on parvient à avoir les premiers soup-

çons. Si la matité n'est pas distincte, le doigt qui percute a la sensation nette d'un défaut d'élasticité; si, guidé de la sorte, on applique l'oreille, et si l'on obtient du malade ou une large inspiration ou bien une forte secousse de toux, on percevra la crépitation caractéristique.

Il est deux symptômes prédominants de l'état typhoïde qui doivent fixer un instant notre attention, comme pouvant dans quelques cas obscurcir le diagnostic et faire hésiter sur le choix des moyens thérapeutiques. Je veux parler des symptômes adynamiques et ataxiques; les premiers ne sont quelquefois qu'apparents, les seconds peuvent dépendre d'une phlegmasie des méninges.

Presque de tout temps les médecins ont distingué deux sortes d'adynamies : dans l'une, les forces sont réellement prostrées, anéanties; les débilitants l'aggravent sans cesse, tandis que les stimulants et les toniques seuls peuvent en triompher. Dans l'autre état adynamique, au contraire, les forces, au lieu d'être anéanties, ne sont qu'opprimées, au lieu d'un affaiblissement réel, il n'y a qu'une apparence de faiblesse; les toniques sont nuisibles, les débilitants soulagent et rendent des forces : on voit combien il importe de distinguer cette adynamie fausse de l'adynamie réelle. Cependant cette distinction est extrêmement difficile, il n'y a aucun moyen de l'établir sûrement; on ne peut avoir à ce sujet que des probabilités. Ainsi, lorsqu'on aura affaire à un sujet naturellement faible, ou débilité avant sa maladie par des chagrins, par des veilles, par des privations, etc., il sera à peu près certain que les symptômes adynamiques qu'il présente sont réels, car l'oppression des forces a lieu généralement dans des conditions opposées, c'est-à-dire chez des sujets bien constitués et dans la force de l'âge. La marche des symptômes pourra également éclairer le diagnostic; en effet, lorsque les forces ne sont qu'opprimées, les malades présentent les symptômes adynamiques dès le début, et les offrent même à un haut degré, tandis que l'adynamie véritable est en général progressive, et n'arrive qu'à une époque plus avancée; cependant on observe à ce sujet de nombreuses exceptions. On aura encore égard aux effets que produisent sur les forces les hémorrhagies, les pertes naturelles ou artificielles. A tous ces signes il faudrait en joindre un autre, auquel Laennec attachait la plus grande importance, c'est le degré d'énergie avec laquelle le cœur se contracte. Suivant cet illustre observateur, « toutes les fois que les contractions du ventricule, explorées par l'auscultation, ont de l'énergie, on peut saigner sans crainte; le pouls se relèvera; mais si les contractions du cœur sont faibles, le pouls eût-il encore de la force, il faut se défier

de la saignée. » Je crois fermement, avec Chomel (1), que ce signe n'a pas toute la valeur, toute l'importance que Laennec lui attribuait, car souvent le plus ou moins de vigueur avec lequel le cœur se contracte dépend aussi bien des conditions anatomiques que présente le viscère que de l'état général des forces; par exemple, chez les sujets qui ont une légère hypertrophie du cœur, chose fort commune chez les vieillards, les contractions du viscère peuvent conserver jusqu'à la mort beaucoup d'énergie. D'autre part, lorsque les forces sont dans la résolution la plus vraie et la plus grande, le pouls peut conserver une grande résistance en raison de la rigidité artérielle, si commune dans un âge avancé. On voit donc dans quelles erreurs on pourrait tomber si l'on voulait juger de l'adynamie par les caractères de la circulation.

L'état des facultés intellectuelles dans la forme typhoïde peut aussi être la cause d'une erreur de diagnostic. Lorsque le délire se montre comme phénomène de l'état typhoïde, ou bien concurremment avec des symptômes franchement inflammatoires, il peut dans quelques cas être très intense, constituer en quelque sorte un symptôme prédominant qui absorbe toute l'attention du médecin et pourrait lui donner la pensée d'une affection cérébrale. Mais cette idée ne saurait prévaloir longtemps, si l'on se rappelle que le délire est, dans l'immense majorité des cas, un phénomène sympathique. On devra donc, toutes les fois qu'il existe, en rechercher la cause dans les organes éloignés avant de la demander au cerveau; d'ailleurs nous avons vu que presque jamais le délire n'apparaissait dès le début de la pneumonie; par conséquent, l'exploration des malades et la connaissance des symptômes qui ont précédé le délire, éclaireront facilement sur la cause qui en a déterminé le développement. Je reviendrai d'ailleurs sur ce point important de pratique lorsque plus bas je parlerai du diagnostic de la pneumonie d'avec les affections cérébrales.

Le diagnostic de la forme catarrhale est facile lorsque les malades rejettent des crachats rouillés. Dans le cas contraire, il existe toujours, du moins au début, une grande incertitude. Si l'on explore en effet la poitrine, on ne trouve guère que des signes de bronchite généralisée; d'ailleurs l'absence de point de côté, une fièvre parfois modérée, peuvent bien faire espérer qu'il n'existe qu'une simple affection catarrhale; bientôt les doutes se dissipent. Une simple bronchite peut bien présenter souvent des variations dans sa marche; il n'est pas rare aussi que l'état fébrile qui l'accom-

(1) *Pathologie générale*. Paris, 1840, 3e édition, p. 627.

pagne, affecte une sorte de rémittence, les râles peuvent être plus ou moins abondants, suivant le degré de la fluxion et l'abondance des mucosités sécrétées ; mais rien ne trahit que le parenchyme pulmonaire participe à l'état maladif. Dans la bronchopneumonie, il n'en est plus de même ; si la percussion est moins sonore, s'il existe du râle sous-crépitant en grande abondance sur certains points, si, à plus forte raison, la respiration devient soufflante, et si la voix retentit davantage, il ne sera pas possible de méconnaître que là le poumon lui-même est touché. On le soupçonnerait aussi, car on ne pourrait en être aussi certain que dans le cas précédent, si, avec les signes physiques d'une affection catarrhale bénigne, la fièvre était vive, l'accablement considérable, s'il existait du délire, si le sang retiré de la veine était recouvert d'une couenne épaisse.

La forme lente de la broncho-pneumonie peut aisément en imposer, surtout si le sujet est jeune ; pour une tuberculisation aiguë ; c'est d'ailleurs ce que je dirai plus tard lorsque je m'occuperai du diagnostic différentiel de la pneumonie et de la phthisie. Enfin la forme asphyxique de la broncho-pneumonie est trop identique avec la bronchite capillaire pour qu'il soit possible de la distinguer pendant la vie, à moins qu'il n'existe des crachats rouillés, et que l'examen physique ne fasse constater dans les poumons un certain degré d'engouement ou d'imperméabilité, appréciable par l'obscurité du son, par le souffle, par le retentissement de la voix. Mais en général, surtout s'il s'agit d'un vieillard, la mort est si rapide, que ces lésions n'ont pas le temps de se produire.

Je crois que, nonobstant leur ressemblance, la bronchite capillaire et la pneumonie catarrhale diffèrent, car, dans la première, il n'y a nécessairement qu'un élément catarrhal bronchique se compliquant bientôt, il est vrai, de congestion et souvent de phlegmasie du parenchyme, c'est-à-dire de pneumonie ; mais enfin on comprend, et il est certain d'ailleurs, que la bronchite capillaire peut exister toute seule.

Le diagnostic de la pneumonie rémittente est quelquefois difficile à bien établir. On peut en effet considérer les accès périodiques, surtout quand ils se déclarent le soir ou pendant la nuit, comme n'étant autre chose qu'une de ces exacerbations qui surviennent si fréquemment dans le cours de la plupart des maladies aiguës, lorsque le soleil n'est plus sur l'horizon. Toutefois les paroxysmes des fièvres rémittentes en diffèrent par le frisson plus ou moins violent qui marque communément l'invasion de l'accès, et par la sueur ou la moiteur qui le terminent ou qui coïncident avec un amendement de la plupart des symptômes généraux et locaux. Il

faut aussi avoir égard à la constitution régnante, car les fièvres rémittentes, compliquées de phlegmasies diverses, sévissent en même temps que les intermittentes. Les anciens auteurs ont aussi conseillé, pour établir le diagnostic des fièvres subcontinues, d'examiner avec attention l'état de l'urine, ce liquide devant fournir un sédiment briqueté abondant dans la période de rémission. Cependant on ne peut quelquefois avoir que des doutes sur l'existence d'un élément intermittent; dans ces cas, l'administration du quinquina est la pierre de touche pour connaître la véritable nature de l'affection. Il existe en effet des malades chez lesquels l'intermission est extrêmement courte et fugitive, et c'est surtout d'après la considération de la constitution régnante, de la saison et des conditions de localité dans lesquelles on observe, qu'on peut soupçonner l'influence miasmatique; de là résulte la nécessité de visiter les malades plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, afin de saisir le moment du paroxysme ou de la rémission. Je crois que c'est par suite d'une observation incomplète des malades que le docteur Guislain, dans une communication qu'il a faite à la Société de médecine de Gand (1), a soutenu que, sous l'influence des miasmes marécageux, on voyait survenir diverses maladies inflammatoires, et en particulier des pneumonies qui différaient complétement des fièvres larvées, pernicieuses, rémittentes, décrites par tous les auteurs, et constituaient au contraire des phlegmasies véritables, souvent accompagnées de symptômes formidables, ne présentant jamais ni intermittence, ni rémittence, et qui cédaient néanmoins à l'administration du sulfate de quinine. M. Guislain dit avoir observé fréquemment ce genre de phlegmasies dans les endroits avoisinant les polders. Pendant plusieurs années, il en a vu des exemples à Gand et dans ses environs; elles semblent de préférence se déclarer dans le quartier de la Porte-de-Sas et dans celui d'Akerghen, avoisinant les prairies. Il croit aussi les avoir observées à Rome, et il pense qu'on les rencontre partout où il y a des terres submergées. Il est infiniment probable, pour ne pas dire certain, que Guislain a méconnu, dans ces cas, le caractère rémittent de la fièvre, lequel est souvent très-difficile à constater, à cause du peu de durée de la rémission qui passe inaperçue pour les assistants et pour les malades eux-mêmes. La spécificité du quinquina, les cures merveilleuses, pour me servir des propres expressions de Guislain, que ce médicament procura dans les cas dont il parle, prouvent en faveur de mon opinion.

(1) *Annales et bulletin de la Société de médecine de Gand*, livraison de juillet 1839.

Le diagnostic de la forme franchement intermittente est bien plus facile. Lorsque l'accès a le type tierce ou quotidien, il n'est pas possible de méconnaître le caractère de l'affection : car lorsqu'on voit la fièvre ainsi que les accidents locaux de la pneumonie naître, se développer avec une vive acuité et se juger en six, huit ou douze heures pour recommencer de même et suivre alors la même marche, l'hésitation n'est pas permise. Je crois qu'il n'est pas nécessaire d'attendre un deuxième accès pour apprécier le caractère de l'affection, et que le premier doit suffire, surtout lorsqu'on observe dans certains pays pendant certaines saisons, et lorsque l'élément intermittent vient en quelque sorte se greffer sur le plus grand nombre des états morbides. C'est ce que j'ai dit déjà plus haut (p. 412 et suiv.), et je répète encore ici qu'une pneumonie légitime, fût-elle des plus bénignes, ne se termine jamais, quelle que soit l'énergie du traitement, en quelques heures. Lorsque ce fait est observé, on doit songer à l'existence d'un élément pernicieux et diriger tout de suite le traitement d'après cette pensée.

On comprend que l'erreur est plus facile dans le cas où la maladie affecte le type double quotidien ; on ne pourrait alors apprécier le caractère de la maladie que par l'observation attentive de la marche des phénomènes.

§ 5. — **Diagnostic de la pneumonie d'avec les autres maladies de poitrine qui lui ressemblent.**

Pour compléter le diagnostic différentiel, il me reste à comparer la maladie que nous étudions, avec les diverses affections qui peuvent la simuler ou en masquer les principales manifestations. Nous allons donc tour à tour comparer la pneumonie avec la pleurésie, avec la bronchite fébrile, avec l'œdème pulmonaire, avec la phthisie aiguë, et terminer enfin par l'étude des divers accidents cérébraux qui, survenant dans le cours d'une phlegmasie pulmonaire, peuvent la faire complétement méconnaître.

1° *Diagnostic différentiel avec la pleurésie.* — Les symptômes communs à la pleurésie et à la pneumonie sont la douleur de côté (1), la dyspnée, l'oppression, l'accélération des mouvements respiratoires, la toux, la matité à la percussion, le souffle, la bronchophonie et la fièvre. On conçoit qu'une pneumonie qui ne se révélerait point par d'autres symptômes que par ceux que je viens d'indiquer, une

(1) Nous avons observé pourtant que la douleur de côté dans la pneumonie appartient surtout à la pleurésie concomitante.

pneumonie dans laquelle manqueraient, et la crépitation, et les crachats rouillés, pourrait bien être méconnue, et il serait possible qu'on la prît alors pour une pleurésie avec épanchement. Cependant une comparaison exacte des symptômes de chacune d'elles peut permettre d'arriver à un diagnostic des plus précis. Ainsi on doit observer que dans la pleurésie, le mouvement fébrile est généralement moins intense que dans la pneumonie; il est rare en outre que la fièvre, que la prostation des forces, que l'état du facies soient en rapport exact avec l'étendue qu'occupent la matité et la respiration bronchiques. Rien, en effet, n'est plus fréquent que de voir des malades ayant tout un côté ou la plus grande partie d'un côté de la poitrine tout à fait mat, avec un souffle tubaire et une bronchophonie éclatante, qui conservent néanmoins un facies naturel, leurs forces presque intactes, n'ayant qu'un mouvement fébrile peu intense et même à peu près nul. Dans ce cas, le doute n'est point permis; ces individus ne peuvent avoir de pneumonie, ils n'ont qu'un épanchement pleurétique : car il est certain qu'une inflammation pulmonaire qui serait assez intense pour se révéler par des phénomènes physiques aussi étendus, exciterait beaucoup de fièvre, s'accompagnerait d'une grande oppression, de beaucoup d'anxiété et de tout l'appareil symptomatique qui est le cortége ordinaire des maladies graves. Si pourtant on explore les malades à une époque très-voisine du début, dans les deux ou trois premiers jours par exemple, la fièvre et l'anxiété peuvent parfois être portées à un très-haut degré; mais dans ces cas même il est une circonstance qui devra fixer l'attention, il existera une matité très-étendue et à ce niveau le bruit respiratoire ne sera pas perçu, ou bien il sera remplacé par du souffle tubaire. Or, dans ce cas et dans l'hypothèse d'une pneumonie, il faudrait supposer qu'au bout de quelques jours, la phlegmasie, ayant envahi un grand espace, serait parvenue partout au même degré, puisque nulle part il n'y a de crépitation même pendant la toux; la chose, à la rigueur, n'est pas impossible, mais à coup sûr elle est excessivement rare.

Il faut songer encore à une pleurésie diaphragmatique, affection s'accompagnant souvent d'une dyspnée extrême, d'une anxiété vive, d'une toux sèche et fatigante; mais une pneumonie capable de provoquer de pareils troubles serait une pneumonie très-étendue, et surtout une pneumonie double qui par conséquent se révélerait sinon par des crachats caractéristiques, du moins par des signes physiques certains. Or, au début de la pleurésie diaphragmatique, le plus souvent, on ne constate rien, ni à la percussion ni à l'auscultation, et dans les cas rares où il existe quelque change-

ment, c'est à peine si une percussion comparative faite à droite et à gauche, permet de constater à la partie la plus inférieure du côté affecté une légère diminution de sonorité et un affaiblissement du bruit respiratoire. Tout en disant que la pneumonie et la pleurésie ont quelques signes physiques qui peuvent leur être communs, il importe pourtant de remarquer que ces signes, si on les compare dans les deux affections, peuvent présenter des nuances assez accusées pour constituer un précieux élément de diagnostic différentiel.

C'est ainsi que dans la pleurésie, la matité est plus absolue et l'élasticité plus complétement abolie qu'elle ne l'est dans la pneumonie au deuxième ou au troisième degré. J'ai trouvé le souffle tubaire et la bronchophonie dans la moitié des épanchements pleurétiques; mais ce n'est guère que chez un cinquième d'entre eux, que ces phénomènes présentaient tous les caractères qu'ils ont dans les cas de pneumonie; dans tous les autres, la bronchophonie était moins éclatante, le souffle était comme étouffé ou voilé, il était doux, ne s'entendait parfois que pendant les respirations profondes, souvent il semblait se passer profondément, et n'était perçu que dans un point plus ou moins circonscrit de la matité; enfin, *chez plusieurs malades*, on diminuait ces phénomènes ou on les faisait changer de place en imprimant au tronc différentes positions qui permettaient à l'épanchement de se déplacer. Le souffle produit par une induration pulmonaire est, par contre, rude, dur, bruyant, diffus, correspondant à l'étendue de la matité ou du moins à une étendue généralement considérable, restant fixe, ne se déplaçant jamais ou n'éprouvant aucune modification lorsqu'on imprime au tronc des positions différentes.

Quelques personnes m'auront reproché de ne pas indiquer l'égophonie comme caractère distinctif des épanchements pleurétiques et de l'hépatisation pulmonaire; c'est à tort, car je crois qu'on ne doit plus, à l'exemple de Laennec, regarder l'égophonie comme étant pathognomonique d'un épanchement de liquide dans la plèvre (1) : le fait suivant le prouve. Vers la fin de 1836, une

(1) Cette phrase, écrite en 1841, dans la première édition, prouve à mon ami, M. Landouzy, que ce n'est ni lui ni même Skoda qui ait contesté le premier le caractère pathognomonique attribué par Laennec à l'égophonie. J'ajouterai d'ailleurs que l'observation rapportée par M. Landouzy comme très-concluante en faveur de la thèse qu'il défend n'a pour nous aucune valeur; rien ne prouve en effet que chez la femme dont il parle on ait évacué toute la sérosité par la thoracentèse; il est bien possible, je dirai même probable que l'égophonie qui a persisté après l'opération, et qui est devenue même plus accentuée, pouvait parfaitement être la conséquence d'une couche de liquide épanchée ou infiltrant les fausses

femme succomba à la clinique de l'Hôtel-Dieu avec une pneumonie double; la veille de la mort nous avions constaté, Chomel et moi, une *égophonie* manifeste à la base du côté gauche et une *bronchophonie* dans la moitié inférieure droite; je m'attendais à trouver, à l'ouverture du cadavre, un épanchement dans la plèvre gauche et une hépatisation simple du poumon droit : cependant, à l'autopsie, je vis tout le contraire de ce que j'avais supposé. Une pleuropneumonie arrivée au deuxième et au troisième degré, avait envahi la moitié inférieure du poumon droit, tandis qu'à gauche il n'y avait qu'une hépatisation simple sans épanchement de liquide ni de fausses membranes, sans trace enfin de pleurésie. Chomel, à qui je manifestai mon étonnement, me dit alors qu'il avait observé plusieurs fois l'égophonie dans des cas d'induration pulmonaire simple. Je sais bien qu'on pourrait objecter qu'un épanchement a pu exister pendant la vie, et que ce liquide a été résorbé peu avant la mort; mais cette supposition n'est guère admissible lorsqu'on ne trouve, comme dans le cas dont il s'agit, aucun vestige de pleurésie. On lit d'ailleurs, dans l'ouvrage de M. Louis, sur la phthisie, un fait qui confirme cette opinion. Chez un malade qui succomba à une phthisie aiguë, cet illustre observateur constata, au niveau de l'épaule, un peu d'égophonie, ce qui lui fit croire à l'existence d'une pleurésie circonscrite; mais à l'autopsie il ne trouva ni *épanchement, ni fausses membranes, ni adhérences au niveau de l'épaule;* le poumon, imperméable dans les neuf dixièmes de son étendue, était rempli de tubercules et de noyaux d'hépatisation (1). Depuis la première édition de ce livre, j'ai observé plusieurs faits analogues.

Le frémissement des parois thoraciques, perçu à la main lorsque le malade parle, pourrait être indiqué comme un signe distinctif; on sait, en effet, qu'il est absolument nul dans le cas d'épanchement, tandis qu'il est parfois ou conservé ou augmenté dans la pneumonie; toutefois, comme l'hépatisation peut l'empêcher aussi complétement que le fait l'épanchement lui-même, on ne saurait attribuer à ce signe une valeur absolue. J'ai parlé, plus haut, de quelques cas rares de pneumonie dans lesquels les signes physiques font complétement défaut; la matité exceptée, il n'existe, en effet,

membranes. Qui ne sait que l'égophonie qui est faible, nulle même lorsque l'épanchement est considérable, reparaît souvent lorsque celui-ci diminue (voyez, *Archives générales de médecine*, décembre 1861, la lettre adressée par M. Landouzy à M. le docteur Bally).

(1) *Recherches sur la phthisie*, observ. XXXV.

ni râles, ni souffle; la voix ne retentit point au niveau de l'altération, et le frémissement thoracique est nul. Ces anomalies, qui dépendent ou de la flaccidité du tissu pulmonaire, ou d'une oblitération de la bronche, pourraient bien faire croire à l'existence d'une pleurésie. Cependant l'absence de tout signe physique est dans celle-ci non moins rare que dans la pneumonie, on ne l'observe guère que dans les épanchements très-considérables qui amènent une ampliation du thorax, pouvant seule caractériser l'affection ; et puis, à supposer que les crachats aient complétement manqué, on trouvera dans la gravité des symptômes et dans la marche rapide de l'affection des motifs suffisants pour *incliner* plutôt vers la pneumonie que vers une pleurésie.

Les épanchements pleurétiques diffus ou circonscrits qui se sont évacués au dehors, à travers une fistule pulmonaire, ont souvent été confondus avec les abcès du poumon, par les médecins même les plus distingués. Pour arriver au diagnostic différentiel, il faudra non-seulement avoir égard à la marche des deux affections, mais encore à la différence que présentent les symptômes qui sont communs aux deux maladies. Il faudra notamment tenir compte de la quantité de pus que les malades rejettent par l'expectoration. Dans les cas d'abcès pulmonaire, il est bien rare que cette quantité s'élève à 300 grammes; s'il y a empyème, au contraire, le fluide morbide est deux ou trois fois plus abondant ; on a vu des malades qui en ont rendu, en très-peu de temps, jusqu'à 3 ou 4 kilogrammes ; le pus s'échappe alors à flots par le nez et par la bouche à la fois, et comme par une sorte de vomissement; l'arbre bronchique en a été quelquefois tellement obstrué jusque dans ses dernières ramifications, que les malades sont morts réellement asphyxiés. Deux des observations (la troisième et la quatrième) que Lallemand présenta autrefois à l'Athénée de médecine (1), comme des exemples d'abcès du poumon guéris, opinion qui fut partagée par le rapporteur, sont évidemment deux faits d'empyème dont le liquide fut évacué par les bronches. Ce qui le prouve, c'est que dans les antécédents on n'a indiqué aucun des signes pouvant caractériser une pneumonie; l'un des malades rejeta en un instant un litre de matière mucoso-purulente, et le côté gauche qui était mat en arrière et en bas, devint aussitôt après presque aussi *sonore que le côté opposé*.

Une circonstance qui mérite également d'être mentionnée, c'est de voir dans les cas d'abcès pulmonaire, le foyer aussitôt vidé,

(1) *Bibliothèque médicale*, t. LXV, p. 214.

la quantité de pus rejetée par les malades devenir très-peu considérable, si on la compare surtout à celle que rendent de temps en temps les individus atteints d'empyème, avec fistule du poumon. L'odeur et la couleur de l'expectoration ne me semblent pas au contraire devoir être d'une grande utilité, pour distinguer si la matière évacuée a été formée dans le poumon ou dans la plèvre. Disons pourtant que, dans le premier cas, le pus est généralement plus homogène. Il est mêlé quelquefois à une certaine quantité de sang. Dans le cas d'empyème, au contraire, le pus est plus séreux, il est grisâtre ou verdâtre, très-souvent fétide, sinon d'une manière continue, du moins de temps en temps.

Chambers a prétendu (1) que, dans les vomiques pulmonaires, le pus exhalait l'odeur d'œuf pourri. Je ne pense pas que le pus formé dans un abcès pulmonaire ait toujours la même odeur ; le plus souvent il n'en a aucune de spéciale. Si les parois sont mortifiées, il exhalera, ainsi que l'haleine, une odeur de gangrène ou plutôt de pourriture (observation de M. Pointe); si la caverne est vaste, que l'évacuation du pus se fasse difficilement, ce liquide, corrompu par le contact de l'air, pourra également acquérir une odeur désagréable, fétide même ; mais l'odeur d'hydrogène sulfuré, dont parle Chambers, ou bien une odeur alliacée, se rencontrent plus fréquemment dans la dilatation des bronches, et bien plus souvent encore dans le cas d'empyème avec fistule pulmonaire que dans les abcès.

Pour distinguer les vomiques du poumon de celles de la plèvre, on a dit aussi d'avoir égard à l'époque à laquelle l'évacuation s'opère. On a prétendu (2) que toutes les fois qu'une vomique était rendue le vingtième ou vingt-cinquième jour d'une maladie aiguë de poitrine, il fallait admettre que l'abcès avait son siége dans le parenchyme pulmonaire ; tandis que lorsque l'expectoration est plus tardive, elle a sa source probable dans un abcès enkysté des plèvres ; car on suppose que, pour ce dernier cas, il faut à la nature un temps beaucoup plus long pour lui permettre de développer les adhérences, pour organiser les fausses membranes, pour circonscrire le foyer, et lui permettre de pénétrer dans le tissu pulmonaire. Je ne pense pas pourtant qu'on puisse établir sur ce sujet une donnée diagnostique un peu certaine ; un des malades de Lallemand (le troisième) qui n'avait qu'une pleurésie, a néanmoins expectoré le liquide contenu dans sa poitrine le quinzième jour,

(1) *Medico-chirurg. Review*, 1828, vol. I, p. 138.

(2) *Bibliothèque médicale*, t. LXV, p. 366.

tandis que nous avons vu des abcès pulmonaires n'être évacués que le vingt-huitième.

2° *Diagnostic différentiel avec la bronchite aiguë.* — Il semble d'abord impossible qu'on puisse confondre la pneumonie avec une bronchite aiguë. Dans celle-ci, en effet, l'expectoration est simplement muqueuse; la douleur de poitrine, plus ou moins vive et déchirante, siége derrière le sternum ; le thorax conserve partout sa sonorité normale, et l'auscultation fait percevoir, dans une étendue variable, à une première période, des râles sibilant et sonore; plus tard, ce sont des râles sous-crépitant et muqueux. Cependant il est certain qu'un grand nombre de bronchites aiguës capillaires sont souvent prises pour des pneumonies. Je pourrais citer ici beaucoup d'observations qui ont été publiées dans divers ouvrages périodiques, par des médecins d'ailleurs fort distingués, comme des exemples de *pneumonies doubles*, et qui ne sont en réalité que des cas de bronchite intense ou de pneumonie d'un seul côté compliquées d'une bronchite siégeant ou prédominant dans le poumon opposé. L'erreur vient de ce qu'on a confondu le râle sous-crépitant avec la véritable crépitation pneumonique, et qu'on a donné au premier une valeur diagnostique qui n'appartient qu'à la seconde. Enfin, un grand nombre d'observations présentées comme des exemples de pneumonies qui n'ont pas franchi le premier degré, quoique les symptômes stéthoscopiques aient persisté pendant plus d'un septénaire, appartiennent encore, pour la plupart, à des bronchites capillaires s'accompagnant d'un râle sous-crépitant plus ou moins nombreux. Je pense qu'on évitera désormais de commettre de pareilles méprises, si l'on se rappelle les considérations que j'ai présentées plus haut à propos des râles crépitant et sous-crépitant, et si l'on compare entre eux les autres symptômes et la marche des deux maladies. Cependant il est des cas où le diagnostic est très-obscur ; c'est ainsi qu'il est à peu près impossible de distinguer une bronchite capillaire d'une pneumonie lobulaire, dans laquelle il y a prédominance de l'élément catarrhal. L'étendue plus ou moins grande dans laquelle le râle sous-crépitant existe, sa fixité dans le même point ou sa mobilité, la dyspnée, l'altération plus ou moins profonde des traits, l'intensité de la fièvre peuvent faire naître quelques présomptions, mais ne donnent aucune certitude; ce n'est que lorsque la pneumonie, en se généralisant, se révèle par les signes stéthoscopiques propres au deuxième degré, qu'on peut être certain de son existence.

3° *Diagnostic différentiel avec l'œdème pulmonaire.* — Je ne parle ici de cette affection que parce que la plupart des auteurs ont

voulu, depuis Laennec, établir les caractères distinctifs de l'œdème pulmonaire d'avec les pneumonies; la confusion entre les deux maladies est rarement possible.

Au niveau d'une portion de poumon œdématiée, la sonorité est moins parfaite et le bruit respiratoire plus faible. Je ne parle pas du râle sous-crépitant que tout le monde indique comme un signe de l'œdème, et qui ne peut, en réalité, que caractériser une bronchite des dernières ramifications. J'avoue, pourtant, que si ces phénomènes coïncidaient avec un appareil fébrile, il serait impossible de déterminer dans les deux ou trois premiers jours s'il y a œdème du poumon, plutôt qu'une phlegmasie du tissu de l'organe. Cependant on parviendrait peut-être à établir le diagnostic différentiel, en remarquant que les phénomènes stéthoscopiques et de percussion existent dans les parties déclives de l'un et de l'autre poumon, qu'ils restent limités au même espace, qu'ils ne s'étendent point, et ne sont pas remplacés par les signes de l'hépatisation, qui, ainsi que nous l'avons vu, succèdent si vite à ceux qui caractérisent le premier degré. Dans l'œdème pulmonaire les crachats sont séreux, la douleur de côté manque, ainsi que la fièvre ; et dans les cas où celle-ci est constatée on peut toujours en trouver la cause dans une phlegmasie concomitante. L'œdème des poumons, presque toujours symptomatique, coexiste donc communément avec une des affections qui sont la cause ordinaire de l'œdème, spécialement avec une maladie organique du cœur. En ayant égard à toutes ces circonstances, on arrivera facilement au diagnostic différentiel de l'œdème pulmonaire et de la pneumonie.

4° *Diagnostic différentiel avec la phthisie aiguë.* — On n'est guère exposé à prendre une phthisie aiguë pour une pneumonie lobaire. Je ne crois pas avoir jamais éprouvé quelque hésitation à cet égard. C'est bien plutôt avec la bronchite capillaire, compliquée ou non de pneumonie lobulaire, que le diagnostic différentiel peut offrir de l'incertitude.

Si l'individu d'une santé habituellement bonne est surpris par la fièvre et par de l'oppression, si sa poitrine, partout sonore, présente un râle sibilant généralisé, mêlé à du râle crépitant plus ou moins disséminé, on devra diagnostiquer une bronchite capillaire simple, et l'on n'abandonnera ce diagnostic pour penser à une phthisie aiguë, que si la maladie résiste à toutes les médications, si la dyspnée persiste, augmente même, bien que les râles soient moins bruyants et moins nombreux. Le plus communément dans ces cas l'expansion pulmonaire est amoindrie, et la sonorité moins parfaite, les malades rendent des crachats opaques, et il

survient en quelques jours un amaigrissement que les maladies aiguës provoquent rarement au même degré.

La pneumonie lobaire franche exclut en quelque sorte le tubercule. Lorsque la rapide évolution de ce produit accidentel coexiste avec un état phlegmasique du parenchyme pulmonaire, on ne trouve pas les caractères d'une pneumonie légitime. Souvent il n'y a pas de relation, il n'y a pas harmonie entre les symptômes principaux. C'est ainsi que fréquemment la dyspnée est disproportionnée avec le peu d'étendue de la matité; le mouvement fébrile est plus ou moins intense, mais il est irrégulier dans sa marche; les signes d'auscultation offrent souvent des variations d'un jour à l'autre, mais cependant la lésion a moins de tendance à s'étendre, elle est plus fixe, elle est moins extensive qu'elle ne l'est dans la pneumonie franche, et la crépitation peut persister dans le même point des semaines entières; les crachats sont opaques, puriformes. Les forces sont aussi moins prostrées qu'elles ne le sont dans la pneumonie, car beaucoup de malades peuvent encore se lever et même sortir; mais ils maigrissent très-promptement, et ils ont des sueurs nocturnes, parfois profuses. Certes, ce n'est point ainsi que se déroulent les symptômes de la pneumonie franche; cette marche déjà doit paraître fort suspecte, même si la tuberculisation, contrairement à ce qui a lieu dans la généralité des cas, occupant le lobe inférieur, marchait de bas en haut, ce qui, d'après les calculs du docteur Bowditch, aurait lieu dans la proportion de 1 sur 150 ou 200 (1). Si l'on découvre enfin dans les antécédents du sujet quelque signe rationnel de tubercules, s'il tousse depuis quelque temps, s'il a maigri, si surtout il a eu déjà une ou plusieurs hémoptysies, on devra fortement incliner pour l'existence d'une phthisie aiguë.

Le siége de la pneumonie peut faire naître des doutes sur le caractère de la maladie. M. Louis a dit, avec raison, que la pneumonie qui siége à la partie antérieure et supérieure des poumons et dont on ne trouve pas de traces en arrière est tuberculeuse, de sorte que dans les cas obscurs ce siége de la pneumonie peut conduire au diagnostic d'une affection tuberculeuse méconnue jusqu'alors (2).

5° *Diagnostic différentiel avec les affections cérébrales.* — Il peut paraître étrange au premier abord que nous cherchions à distinguer la pneumonie d'avec les affections cérébrales. Cette nécessité pourtant est reconnue de tous les praticiens, et il n'est pas

(1) *American medical Journal Monthly*, 1855.

(2) *Recherches sur la phthisie*, 2e édit., p. 331.

un de nous qui n'ait commis ou vu commettre de graves erreurs sur ce point. Fréquemment en effet on voit la pneumonie des enfants provoquer dès le début du délire, des convulsions même, parfois un état de somnolence et de coma. Les signes thoraciques sont souvent alors si peu accusés qu'ils passent aisément inaperçus des parents. Cependant un médecin attentif constatera presque toujours pendant son examen une toux plus ou moins fréquente et des mouvements respiratoires plus accélérés que ne comporte un état fébrile ordinaire. D'ailleurs n'y eût-il pas ces signes indicateurs, qu'il faudrait encore recourir aussitôt à l'auscultation, car seule elle est capable de révéler la nature du mal. Mais il importe de dire que cette exploration n'est pas toujours facile ; le siége de l'affection au centre de l'organe ou bien au sommet, l'indocilité des malades, l'impossibilité où l'on est souvent de les faire tousser ou parler à volonté, laissent parfois le médecin dans le doute, du moins momentanément. On a bien dit d'avoir égard alors au mouvement fébrile, et surtout à l'intensité de la chaleur, plus grande, dit-on, dans la pneumonie que dans une méningite, surtout dans la ménengite tuberculeuse qui est de beaucoup la plus commune dans le jeune âge ; mais ce caractère ne nous paraît pas à lui seul avoir grande importance, tandis que la marche des accidents servira bien mieux à établir le diagnostic. C'est ainsi que les convulsions qui se renouvellent le plus communément à des intervalles plus ou moins rapprochés, lorsqu'elles sont symptomatiques d'une lésion des méninges et du cerveau, ne se présentent guère par accès. Lorsque, par contre, elles sont sympathiques, les malades peuvent bien avoir au début une ou deux crises plus ou moins violentes, mais on n'observe guère cette succession d'attaques qu'on voit lorsque les convulsions se rattachent à une lésion inflammatoire ou autre des centres nerveux.

A l'autre extrême de la vie on voit aussi la pneumonie provoquer fréquemment un état de subdelirium, et plus souvent du coma qui distrait d'autant plus l'attention de ce qui se passe du côté de la poitrine, que souvent les symptômes thoraciques sont presque nuls ; ou bien encore les malades atteints d'un catarrhe habituel ne se plaignent point ; aussi l'attention est, par cela même, d'autant plus aisément distraite de la lésion inflammatoire développée dans la poitrine. Pour éviter l'erreur, il n'y a rien autre à faire qu'à explorer le thorax et à l'explorer *quand même*. On le fera toujours si l'on se rappelle ce fait bien vrai, que la plupart des troubles cérébraux (*céphalalgie, délire, coma et même convulsions*) sont bien moins souvent des accidents d'une affection idiopathique

des centres nerveux et de leurs enveloppes, que l'effet sympathique d'une maladie grave ayant tout autre siége. Je l'ai dit bien souvent, et je ne saurais assez le répéter encore, il importe de savoir que de toutes les autres maladies aiguës, la pneumonie est une de celles qui provoquent le plus souvent ces troubles sympathiques, il importe donc de ne jamais oublier de faire l'exploration des organes thoraciques, surtout chez les sujets âgés.

Ce que je viens de dire des enfants et des vieillards s'applique aussi aux adultes, cependant je dois avouer que chez ces derniers, on ne voit guère, comme aux autres âges, les accidents cérébraux éclater dès le début de la pneumonie. Mais chez les malades apportés dans nos hôpitaux, chez lesquels l'affection date ordinairement de quelques jours, rien de plus commun que de constater dès leur entrée des troubles cérébraux et surtout un délire si violent, que souvent on a cru ou à une méningite ou tout au moins à une manie aiguë. Ces erreurs sont, à tous égards, des plus fâcheuses. On les évitera, même si l'on manque de renseignements sur les antécédents, pourvu qu'on explore attentivement la poitrine. Il faut souvent ici s'armer d'une énergique volonté pour triompher de la résistance que les malades opposent ; il ne faut donc pas s'attendre à pouvoir faire une exploration méthodique ; toutefois on pourra saisir encore assez de phénomènes pour arriver à une conviction sur le point de départ des accidents : en effet la matité, le souffle, le retentissement de la voix, sont des phénomènes d'une constatation généralement facile, même au milieu des circonstances défavorables que nous supposons.

§ 6. — **Diagnostic des pneumonies consécutives.**

On a vu, précédemment, combien les pneumonies survenaient fréquemmment dans le cours de la plupart des maladies aiguës et chroniques ; j'ai prouvé également que dans un grand nombre de cas leur début était obscur, leur marche insidieuse, et que leurs symptômes principaux étaient peu marqués, ou même manquaient complétement ; cette connaissance indique la conduite que le médecin doit tenir. Il devra, dans toutes les affections aiguës ou chroniques un peu graves, surtout dans celles qui sont fébriles, rechercher si quelque complication inflammatoire ne survient pas du côté des organes pectoraux. Il ne devra pas seulement interroger l'état fonctionnel, mais il faudra surtout s'assurer, par une exploration souvent répétée, à l'aide des moyens physiques, qu'il n'existe aucun signe de pneumonie. Je dois rappeler encore ici que les

phénomènes fournis par l'auscultation ne paraissent souvent manquer que parce qu'on les recherche incomplétement. Une diminution dans l'expansion pulmonaire limitée à une petite étendue d'un poumon, ou bien une respiration sèche, un peu rude, quelques bulles rares de crépitation grosse, tous ces phénomènes, quelque légers qu'ils soient, seront d'une grande valeur, non pour porter un diagnostic définitif, mais pour avoir une présomption qui devra nous guider dans l'application de la méthode thérapeutique. En outre, dans les cas où quelque phénomène morbide paraît exister vers un point de la poitrine, il ne faut jamais oublier de faire tousser les malades ; car on voit souvent alors les signes stéthoscopiques se montrer plus distinctement, et il est possible ainsi d'établir plus sûrement un diagnostic qui, avant cette expérience, restait encore fort incertain.

La considération de l'appareil fébrile développé brusquement chez des individus atteints déjà de quelque maladie chronique, est encore d'une grande importance, et indique que quelque complication de nature inflammatoire est survenue ; or, comme de toutes les phlegmasies intercurrentes qui se déclarent dans le cours des maladies organiques, la pneumonie est la plus commune ou du moins l'une des plus fréquentes, c'est immédiatement du côté de la poitrine que devra se porter toute l'attention et toute la sollicitude du médecin ; c'est à la poitrine qu'il faut encore songer, avant tout, lorsqu'au mouvement fébrile se joint une prostration subite, du délire ou un état de somnolence. Enfin, nous devons dire des individus atteints d'une maladie plus ou moins grave, ce que nous disions précédemment des vieillards, savoir : qu'il faut rechercher chez eux la cause de tous les accidents nouveaux qui surviennent ; ce n'est que par une attention de tous les instants, qu'on parviendra à saisir dès leur origine les complications inflammatoires du côté des poumons. C'est souvent sur cette prompte connaissance que repose tout l'espoir que l'on peut fonder sur les moyens thérapeutiques.

Mais il est des maladies graves des voies aériennes qui, par les troubles considérables qu'elles provoquent vers la respiration, rendent souvent fort difficile le diagnostic des pneumonies intercurrentes ; je citerai particulièrement le croup. Un médecin des plus judicieux, M. le docteur Millard, a fait la même remarque (1) ; en effet, le sifflement laryngo-trachéal masque le plus souvent les signes stéthoscopiques, l'aphonie est telle, et la toux si étouffée,

(1) Thèses de Paris, année 1858, p. 43.

que lorsque le malade essaye de parler ou lorsqu'il tousse, l'oreille ne perçoit plus ce retentissement qui, chez les enfants surtout, met si souvent sur les traces d'une induration pulmonaire. Il reste, il est vrai, la percussion qui, lorsqu'elle est faite avec soin et comparativement, peut bien indiquer l'existence d'une obscurité de son; mais elle n'a rien, bien entendu, qui soit caractéristique; d'ailleurs elle peut tout aussi bien dépendre d'une congestion ou d'une stase sanguine. C'est ce qui explique pourquoi on peut voir cette matité diminuer, et le son même redevenir normal aussitôt que par l'opération de la trachéotomie, on a permis à l'hématose de se faire plus régulièrement.

Ainsi, pendant la période asphyxique du croup, la broncho-pneumonie et la pneumonie lobaire même, lorsqu'on les cherche bien, peuvent être aisément méconnues. Il est sans doute plus facile d'arriver au diagnostic après l'opération, mais il serait plus avantageux qu'on pût être toujours fixé sur ce point avant de la pratiquer. L'exploration par les moyens physiques étant souvent impuissante à nous révéler l'existence de la complication grave survenue vers les poumons, M. Millard a recommandé de porter spécialement son attention sur le degré de *fréquence* de la respiration. Il observe que dans le croup exempt de lésion pulmonaire, le malade, mettant en jeu toutes ses puissances respiratoires, fait des inspirations hautes, prolongées, dont la fréquence ne s'élève guère au delà de 48 par minute; il n'en est plus de même lorsqu'à l'obstacle du larynx il se joint une imperméabilité plus ou moins étendue des poumons. On comprend aisément que, dans ce cas, l'anhélation soit plus grande, et bien qu'elle ne présente rien de caractéristique, quoique, à la rigueur même, lorsqu'elle est excessive, elle puisse être l'effet du croup seul, on peut cependant établir, avec M. Millard, que lorsque chez un enfant atteint de cette affection le nombre des respirations s'élève au delà de 50, le médecin doit être sur ses gardes, et explorer la poitrine avec un soin particulier. Il y aurait, en effet, grand intérêt à connaître exactement l'existence et l'étendue des lésions pulmonaires non-seulement en vue du pronostic, mais souvent aussi pour adopter ou pour rejeter l'opération de la trachéotomie; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point à propos du pronostic des pneumonies secondaires.

Il est des pneumonies qui se développent à une période tellement avancée des maladies, que leur diagnostic devient pour ainsi dire inutile pour la pratique. Dans ces cas, évidemment désespérés, où l'art est impuissant, le seul devoir qui reste au médecin est de

respecter l'agonie de son malade, et de renoncer à la satisfaction qu'on peut éprouver à préciser d'avance toutes les altérations qu'on retrouvera le lendemain à l'ouverture du cadavre. La pneumonie occupant le plus souvent alors la partie postérieure et inférieure des poumons, il faudrait imprimer à ces malheureux des mouvements qui leur seraient pénibles, qui augmenteraient leur anxiété, et pourraient même, vu l'état de faiblesse auquel ils sont parvenus, provoquer une défaillance mortelle. Chomel a dit avec raison (1) qu'un médecin probe aimera mieux, dans des cas de ce genre, rester volontairement dans une incertitude qui n'a pas d'inconvénient, que de compromettre le dernier souffle d'un agonisant par une curiosité tout à fait intempestive.

§ 7. — Diagnostic différentiel de la pneumonie chronique.

Si le diagnostic de la pneumonie aiguë offre très-rarement de la difficulté, il n'en est pas de même du diagnostic de la pneumonie chronique, qui généralement est obscur. La maladie n'a en effet aucun signe particulier ni aucun ensemble de symptômes qui soit caractéristique. Soit par ses symptômes locaux, soit par ses symptômes généraux, la pneumonie chronique ressemble tellement à certaines affections infiniment plus communes qu'elle, comme la pleurésie et surtout la tuberculisation, qu'on est exposé, et j'ajoute très-excusable, de faire erreur. Nous verrons aussi qu'une dilatation générale des bronches, que des tumeurs solides intra-thoraciques, que le cancer du poumon, peuvent parfois simuler la pneumonie chronique; mais il est généralement plus facile ici que dans le premier cas de déterminer la véritable nature de l'affection.

Lorsque la pneumonie chronique succède à l'état aigu et qu'on peut en suivre ainsi l'évolution, le diagnostic est communément facile ; cependant il n'est pas possible que, même dans ce cas, on ne redoute pas plutôt une tuberculisation à marche aiguë qu'une induration pulmonaire simple. Les principaux éléments de conviction se tireront du siége de l'altération, de la présence ou de l'absence de certains symptômes, de la marche de la maladie et de la succession des phénomènes morbides.

Le siége de la maladie peut être un élément de diagnostic. Lorsque l'altération occupe le lobe inférieur d'un seul côté, qu'il y ait ou non caverne, il y aura probabilité en faveur soit d'une pneumonie chronique, soit d'une pleurésie, plutôt que d'une tuberculisation.

(1) *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., t. XXV, p. 196.

Celle-ci, en effet, a son siége de prédilection au sommet de l'organe, et il est bien rare, surtout lorsque l'altération est étendue, que le poumon opposé ne participe pas plus ou moins dans les points correspondants à l'altération de son congénère : c'est là la règle. Je n'ignore pas pourtant qu'on a observé la tuberculisation circonscrite dans les lobes inférieurs des poumons ; M. Charcot a vu trois cas de ce genre : dans deux, il existait des excavations nombreuses, tandis que les lobes supérieurs étaient restés indemnes (1). Mais ce siége de la tuberculisation est si rare, si exceptionnel, que, tout en tenant compte de la possibilité d'une pareille altération, on devra plutôt, lorsqu'il existe des signes d'induration du lobe inférieur, croire bien moins à une induration tuberculeuse qu'à une induration simple (2).

Si, par contre, l'induration chronique affecte le lobe supérieur, il sera difficile, à moins d'avoir suivi le malade depuis le début, de ne pas croire à l'existence de tubercules, puisque c'est là en effet le siége de prédilection de ces produits accidentels. L'erreur devient à peu près inévitable si des excavations se sont produites.

Je viens de dire que l'erreur pourra être plus aisément évitée si l'on a assisté au début de l'affection ; mais même alors le médecin le plus expérimenté ne pourra jamais exclure tout à fait l'idée d'une tuberculisation. Si, en effet, l'affection est chronique d'emblée, comment exclure la maladie la plus commune pour croire de préférence à une affection des plus rares ; et si la maladie succède à un état aigu, même à une phlegmasie franche, comment bannir tout à fait l'idée de tubercule lorsque nous voyons la résolution commencée s'arrêter dans sa marche, et des signes de dépérissement survenir ? Comment ne pas croire alors, non à une phthisie accidentelle développée par la pneumonie (la chose est trop rare), mais à des tubercules préexistants, qui, implantés en quelque sorte sur ce sol enflammé, agissent comme une épine, rendent la résolution plus difficile, appellent peut-être dans les tissus indurés une infiltration analogue, facile à s'effectuer en raison de la diathèse qui existe.

La considération du siége, quoique ayant quelque valeur et méritant par conséquent d'être invoquée, peut cependant, comme on le voit, devenir elle-même une cause d'erreur. Il importe donc de

(1) Thèse d'agrégation, année 1860, p. 45, en note.

(2) M. Hughes dit que sur 250 phthisiques, chez un seul les tubercules siégeaient exclusivement dans un des lobes inférieurs d'un poumon (*Guy's hospital Reports*, année 1842).

s'éclairer par d'autres circonstances. J'ai dit d'avoir égard aux symptômes existants comme à ceux qui font défaut. L'hémoptysie, une hémoptysie même abondante, n'a rien certainement qui soit pathognomonique ; je comprends qu'elle puisse avoir lieu dans le cours d'une pneumonie chronique, moins peut-être par le fait de l'induration que par suite de la production de quelque solution de continuité des tissus, consécutive à un abcès, au ramollissement, à la gangrène ; toutefois, de l'aveu de tous, cet accident est presque inconnu dans la pneumonie chronique, tandis qu'il est commun dans la tuberculisation. Aussi l'existence d'une hémoptysie grave, non pas seulement dans le cours de l'affection, mais même à une époque éloignée, surtout si elle s'est répétée, aura une valeur *immense* pour établir l'existence d'une tuberculisation plutôt que d'une pneumonie, alors même que l'affection occuperait exclusivement le lobe inférieur de l'un des poumons.

La comparaison des symptômes généraux ne sera pas sans valeur non plus. Certainement, dans la phthisie comme dans l'induration chronique, il y aura de l'amaigrissement, la chute des forces, et la fièvre hectique s'allumera ; mais dans la pneumonie, à moins d'une marche subaiguë et à moins qu'il ne se forme une excavation, on verra bien moins que dans la phlegmasie la fièvre présenter ces redoublements nocturnes périodiques qui s'accompagnent de sueurs partielles ou générales, parfois de sueurs profuses. Celles-ci manquent le plus souvent peut-être dans le cas d'induration ; cette circonstance ne sera pas sans valeur, puisque les sueurs sont en quelque sorte un symptôme obligé lorsque les tubercules se ramollissent, ou lorsqu'il se fait de la suppuration. Ce n'est guère, en effet, que lorsque la pneumonie chronique se rapproche de la tuberculisation par la suppuration qui peut se former accidentellement dans le parenchyme, qu'on voit les sueurs nocturnes apparaître, ainsi que la chose a si fréquemment lieu chez tous ceux qui sécrètent du pus.

Je ne dirai rien des signes locaux, car, isolés ou réunis, il n'en est pas qui ne puissent à peu près indifféremment se rencontrer dans une induration tuberculeuse ou dans une induration d'origine inflammatoire. Cependant il est vrai de dire que, dans cette dernière, on observera plus souvent ce souffle dur, rude, bruyant, caverneux, amphorique même, que j'ai signalé précédemment, page 341.

En résumé, même en groupant toutes les preuves qu'on peut invoquer, on ne pourra jamais établir un diagnostic absolument certain, mais un diagnostic plus ou moins probable. Lorsque,

en effet, chez un individu qui a eu une pneumonie, le poumon, au lieu de reprendre ses qualités normales, reste induré, lorsque l'altération est circonscrite à l'un des lobes, au lobe inférieur surtout, et que le poumon opposé est absolument intact, lorsque rien ne révèle dans les antécédents une prédisposition tuberculeuse, lorsque d'ailleurs il ne s'est produit d'hémoptysie à aucune époque, lorsque les crachats, en général peu abondants, sont muqueux plutôt que puriformes, lorsque la fièvre est plutôt sujette à des retours irréguliers qu'à une continuité parfaite, ayant des redoublements nocturnes ; lorsque les malades ne transpirent pas la nuit, que la diarrhée manque : on aura là un ensemble de symptômes qui devront plutôt faire incliner vers une induration inflammatoire que vers une tuberculisation. Mais même ici, il ne serait pas permis d'être absolument affirmatif, car *rara non sunt artis*, disaient nos anciens ; et, en effet lorsqu'on est obligé d'opter entre deux maladies, l'une fort commune, l'autre si rare qu'on n'en observe que quelques exemples dans une vie médicale fort occupée, il faut toujours penser à la première plutôt qu'à la seconde ; une anomalie dans celle-ci sera encore plus probable que l'existence de la première.

Serait-il possible qu'une dilatation générale ou partielle des bronches pût simuler une pneumonie chronique? Je ne le crois pas. Certainement, autour des bronches dilatées le tissu pulmonaire est souvent affaissé et comme tassé, mais il y a loin de cet état à l'induration que nous avons décrite et qui produit à la percussion une matité aussi complète que possible; mais à supposer une série de bronches dilatées en ampoule et circonscrivant en quelque sorte une portion assez étendue du poumon qui aurait été exceptionnellement comprimée, on trouvera dans l'analyse et dans la comparaison des symptômes des éléments de conviction suffisants pour admettre une lésion plutôt qu'une autre. Dans la pneumonie en effet, caractérisée par une induration homogène (et c'est le cas le plus ordinaire), il y a communément un souffle rude, bruyant, caverneux, amphorique même, c'est ce qu'on trouve aussi dans la dilatation des bronches, mais dans celles-ci il existe des râles humides, nombreux, un gargouillement aussi bruyant qu'il l'est dans une caverne; tandis que dans la pneumonie les râles sont peu nombreux, car la sécrétion bronchique est généralement peu abondante; le fût-elle d'ailleurs, qu'on ne saurait la comparer à celle qui se fait dans la dilatation des bronches où l'on voit les individus rejeter brusquement, à flots, sans efforts, parfois par une sorte de vomissement, une quantité énorme de crachats opaques, puri-

formes. Nonobstant une déperdition aussi grande, ces individus conservent généralement un certain degré d'embonpoint et de forces, ils n'ont pas de fièvre, du moins habituellement, ils n'en ont que par accident lorsque leur maladie offre un certain degré d'acuité. Il n'en est plus de même de la pneumonie chronique qui, même circonscrite à une partie d'un lobe, et quoiqu'elle ne donne point lieu à une sécrétion exubérante, amène promptement le dépérissement et allume une fièvre hectique que nous avons dit être analogue à celle qui naît sous l'influence de la tuberculisation.

La pneumonie chronique peut-elle être simulée par la pleurésie? Une confusion serait impossible entre les deux maladies, si elles envahissaient tout un côté de la poitrine. Car si la matité était la même dans les deux cas, on ne trouverait pas dans la pneumonie l'ampliation thoracique, l'agrandissement des espaces intercostaux, le déplacement des organes qu'on observe lorsque l'épanchement remplit toute la cavité d'une plèvre; d'ailleurs le frémissement thoracique, absolument nul dans ce dernier cas, sera conservé, augmenté le plus souvent, si le poumon est induré. Il pourra exister du souffle tubaire dans les deux affections, mais celui qu'on trouve dans les cas d'induration est plus rude, plus bruyant, plus caverneux. La comparaison des symptômes généraux et la marche de la maladie viendront d'ailleurs confirmer les signes fournis par l'exploration physique. A moins que la pleurésie ne soit purulente ou ne se complique de tubercules, on ne la verra jamais provoquer ni le dépérissement ni la fièvre hectique qui accompagnent la pneumonie. Pour peu d'ailleurs qu'on ait suivi la marche des deux affections, assisté à leur évolution et à l'extension qu'elles ont prise, on ne pourra guère hésiter. Nous renvoyons d'ailleurs à ce que nous avons dit déjà du diagnostic de la pneumonie et de la pleurésie aiguë.

Si le doute est impossible lorsque tout un côté de la poitrine est envahi, il n'en est plus de même si la pleurésie est partielle et si la pneumonie est limitée à un lobe. Dans la majorité des cas, cependant, le frémissement thoracique, le souffle plus ou moins caverneux, si habituel dans le cas d'induration chronique, ainsi que les signes de dépérissement, feront aisément reconnaître la pneumonie chronique. Ajoutons que les signes physiques sont persistants, et qu'ils n'offrent que des modifications insignifiantes du jour au lendemain ; tandis que dans le cas de pleurésie il y a des alternatives considérables d'un jour à l'autre, suivant que l'épanchement a augmenté ou diminué, de là un souffle rude, bruyant, succédant

tout à coup à un souffle doux, une égophonie type remplacée par une bronchophonie très-retentissante.

Il est des cas bien autrement difficiles, attendu que les signes physiques sont alors communs aux deux maladies et à peu près négatifs dans les deux cas. On voit, en effet, des pneumonies chroniques partielles qui, à l'instar de certaines pleurésies qui ont annihilé une portion du poumon par suite de la persistance et de l'énergie de la compression, donnent à la percussion une matité absolue et fixe; l'oreille appliquée dans les deux cas ne distingue rien, ni bruit normal ni bruit pathologique, lorsque le malade respire ; s'il parle, la voix cesse d'être transmise, et lorsqu'on applique la main, on ne sent le frémissement des parois dans aucun point de toute l'étendue de la matité. Mais si les signes physiques sont communs, la comparaison des phénomènes généraux établira entre les deux malades une différence si tranchée, que le doute est impossible. Une pleurésie partielle, chronique, ne détermine guère de fièvre, n'altère pas beaucoup la nutrition, elle peut même être compatible avec l'intégrité des principales fonctions, et je dirais volontiers, avec les apparences d'une santé parfaite. Il n'en est pas ainsi de la pneumonie chronique qui, quelque circonscrite qu'elle soit, produira le dépérissement et allumera une fièvre qui a les principaux caractères de la fièvre hectique.

Des affections presque aussi rares que celle que nous étudions, le cancer du poumon et la production d'une tumeur solide, intra-thoracique, presque toujours, de nature cancéreuse, pourraient en imposer pour une pneumonie chronique. Il existe, en effet, dans tous ces cas une matité complète, un souffle plus ou moins rude et des signes de dépérissement ; mais en y regardant de plus près, combien les différences sont grandes! En effet, dans la pneumonie chronique l'expectoration est nulle, simplement muqueuse, elle est exceptionnellement puriforme et gangréneuse lorsqu'il s'est formé un foyer et que ses parois se sont mortifiées. Dans le cancer, il y a des hémoptysies fréquentes, et le sang rendu a communément des caractères particuliers ; il est noirâtre, il ressemble à de la groseille ; les malades accusent presque toujours des douleurs thoraciques vives qui manquent complétement dans la pneumonie ; ils ont une dyspnée considérable, tandis que l'anhélation est communément bien moins marquée dans l'induration chronique du poumon. La dyspnée, dans le cas de cancer, résulte non-seulement de l'altération du poumon, mais encore de la compression qui est exercée sur les organes voisins, particulièrement sur les gros vaisseaux ; de là l'apparition de signes nouveaux :

tels sont la dilatation des veines des parois thoraciques, l'œdème de ces parties, diverses voussures de la cage thoracique lorsque la tumeur, à l'étroit dans le thorax, tend à se porter au dehors. Ce sont là tout autant de phénomènes que la pneumonie chronique ne provoque jamais : car, nous l'avons dit, le poumon chroniquement enflammé, ou bien conserve son volume ou bien il s'amoindrit ; il est incapable dans aucun cas d'exercer une compression efficace sur les organes renfermés dans la cage thoracique.

On recherchera encore sous la clavicule et dans le creux axillaire surtout l'état des ganglions lymphatiques. Dans la pneumonie chronique, ils seront intacts, tandis qu'il n'est pas rare, dans les cas de cancer intra-thoracique, d'en trouver un certain nombre qui sont volumineux et d'une dureté suspecte. Enfin, nous terminerons cette comparaison en disant que si les individus atteints de cancer pulmonaire maigrissent et dépérissent comme ceux qui ont une pneumonie chronique, les premiers cependant sont toujours apyrétiques, car le cancer, n'importe où il siége, à moins qu'il n'entraîne après lui de la suppuration, ne provoque jamais la fièvre hectique.

CHAPITRE XV

PRONOSTIC.

La pneumonie, quoi qu'en aient dit quelques médecins optimistes, est une maladie grave ; son pronostic doit être sérieux, même dans le cas où les premiers symptômes apparaissent sous une forme bénigne, qui pourrait rassurer tout d'abord. L'expérience démontre, en effet, que ces pneumonies bénignes dans les premiers jours, et qui semblaient devoir céder facilement, s'aggravent ensuite tout à coup, suivent alors une marche rapide, et ont souvent une issue funeste. Il y a pourtant des circonstances individuelles et extérieures qui, exerçant sur la marche et la terminaison de la pneumonie une influence directe et toute-puissante, doivent, lorsqu'elles existent, modifier le pronostic de la maladie. Nous allons les examiner avec soin, et entrer à ce sujet dans quelques détails. La science du pronostic est si difficile, surtout dans les maladies aiguës ; pour établir un jugement qui ne soit pas hasardé, le médecin a besoin de comparer et de rapprocher un si

grand nombre de circonstances, que les personnes qui, vouées aux études cliniques, ont pu apprécier toutes ces difficultés, nous sauront gré d'avoir réuni tous les éléments sur lesquels on pourra fonder le pronostic de la pneumonie. Ce sera ensuite à la sagacité du praticien à discerner dans chaque cas en particulier, les circonstances qui doivent prédominer dans le jugement qu'il faut porter sur l'issue probable de l'affection. La science du pronostic est peut-être la partie de la pathologie qui offre le plus de vague et d'incertitude ; elle est en effet, surtout pour la pneumonie, presque entièrement basée sur quelques aphorismes qui ont traversé la série des âges, protégés par le respect qu'on a toujours eu pour les vieilles traditions. Loin d'accepter ces sortes d'*adages* comme des vérités démontrées, je les ai considérés comme des assertions que j'ai voulu soumettre à la critique et dont j'ai cherché à apprécier la valeur, en les étudiant à l'aide de la méthode rigoureuse qui nous a servi jusqu'à présent à résoudre toutes les questions qui se sont présentées.

§ 1er. — Age.

La considération de l'âge des sujets est un des principaux éléments sur lesquels repose le pronostic de la pneumonie. Suivant cette affection dans les différents âges de la vie, depuis la naissance jusqu'à la plus extrême vieillesse, et en n'ayant égard qu'aux cas de pneumonies *primitives*, voici ce qu'on observe. Dans la première enfance et chez les nouveau-nés en particulier, la pneumonie est une affection excessivement grave ; si même on se fondait exclusivement sur les résultats obtenus à l'hospice des Enfants trouvés de Paris, on pourrait dire que chez les sujets de cet âge la pneumonie est une maladie *presque nécessairement mortelle*, puisque tous les petits malades vus par Valleix ont succombé ; un seul de ceux que M. Vernois a observés a guéri. Cependant, hâtons-nous de dire qu'on ne doit pas attribuer à la pneumonie seulement une mortalité aussi effrayante. Les conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvent ces malheureux enfants, qui font que les pneumonies dont ils sont atteints peuvent être considérées plutôt comme secondaires que comme primitives, les complications nombreuses qu'elles présentent et l'insuffisance des soins, expliquent ces douloureux résultats. La pneumonie est certainement moins meurtrière chez les nouveau-nés qui sont traités dans la pratique particulière.

Nous ne possédons aucun relevé sur le mode de terminaison le plus fréquent de la pneumonie chez les enfants, depuis l'âge de

cinq ou six mois jusqu'à trois ans. Ayant tenu note de treize pneumonies lobaires observées à cette période de l'existence, j'ai constaté une mortalité de 9 sur 13. Je veux bien croire que ce ne soit point dans cette énorme proportion que succombent les jeunes sujets, cependant j'ai peine à admettre que la pneumonie soit jamais à cet âge une affection presque sans danger, comme quelques personnes essayent de le faire admettre aujourd'hui. Plus tard et au delà de quatre ou cinq ans, la pneumonie devient une affection presque bénigne, ne se terminant que très-exceptionnellement d'une manière funeste. C'est ainsi que sur quarante enfants, agés de six à douze ans, observés par MM. Rufz et Gerhard, un seul a succombé; M. Barthez, dans une communication qu'il a faite à l'Académie de médecine, dit aussi que sur 212 enfants, âgés de deux à quinze ans, qui furent atteints de pneumonie primitive, 2 seulement succombèrent (1). Ce peu de gravité de la pneumonie se remarque également entre seize et trente ans, puisque sur 116 individus de cet âge, 8 seulement succombèrent : la mortalité s'est donc élevée à peine à un quatorzième chez les sujets de cette période. Il n'en est plus ainsi dans les âges suivants. Il est constant que la pneumonie fait proportionnellement d'autant plus de victimes qu'elle atteint des personnes plus âgées. C'est ainsi que la mortalité chez les individus compris entre trente et quarante ans a été un peu au-dessous d'un septième, tandis qu'elle s'est élevée au sixième chez ceux de quarante à cinquante; elle a été d'un cinquième chez les sujets compris entre cinquante et soixante; de soixante à soixante-dix la mortalité n'a pas, il est vrai, atteint le sixième; mais au-dessus de soixante-dix ans les huit dixièmes des sujets ont succombé.

On pourrait donc établir, d'après ce qui précède, que la mortalité est en général d'autant plus grande, et que le pronostic doit être par conséquent d'autant plus fâcheux, que les individus sont arrivés à une période plus avancée de la vie. Une seule exception a existé pour les sujets de soixante à soixante-dix ans, dont la mortalité a été moindre que chez ceux compris entre quarante et soixante. Si je n'avais consulté que les faits recueillis dans les années 1835, 1836, 1837 et 1839, j'aurais fixé à un cinquième le chiffre de la mortalité chez les sujets parvenus à cet âge; mais des résultats plus heureux obtenus pendant un an dans le service qui m'était confié, et qui ont tenu soit au traitement employé, soit peut-être plus encore à la constitution régnante, ont modifié les

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 8 avril 1862, t. XXVII, p. 676.

chiffres. Toutefois, malgré cette anomalie, je n'en persiste pas moins à penser que la pneumonie est une maladie dont la gravité va toujours et à peu près uniformément croissant au-dessus de trente ans. Après soixante-dix ans, elle est le plus souvent mortelle; cependant elle peut avoir une heureuse issue chez des vieillards de l'âge le plus avancé. On a vu, en effet, la pneumonie guérir chez des personnes qui comptaient plus de quatre-vingts ans, mais ce sont là des faits très-exceptionnels, qui peuvent bien nous empêcher de désespérer tout à fait lorsque nous sommes en présence de cas analogues, mais qui sont insuffisants néanmoins pour nous inspirer une grande confiance.

Hourmann et M. Dechambre, qui n'ont pas donné de statistique dans leurs travaux, se contentent de dire qu'à l'hospice de la Salpêtrière la terminaison de la pneumonie par la mort est d'une fréquence vraiment effrayante (1) ; c'est ce qui m'a été également affirmé par Dalmas, ancien médecin de cet établissement, qui a essayé de toutes les méthodes, usé de toutes les formules, sans arriver à des résultats meilleurs. Pour se faire une idée de la grande mortalité que la pneumonie produit chaque année dans nos deux hospices de vieillards, Bicêtre et la Salpêtrière, il me suffira de dire que sur 129 pneumonies traitées dans ces deux établissements par Prus, chez des sujets ayant de soixante à quatre-vingt-dix ans, 77, c'est-à-dire les trois cinquièmes environ, se sont terminées par la mort (2). Les relevés que Chomel donnait chaque année dans les comptes rendus de sa clinique, ceux que j'ai obtenus de l'analyse des faits consignés dans l'ouvrage de Leroux (3), confirment pleinement tout ce que je viens de dire sur l'influence des âges. Ces résultats semblent être les mêmes dans tous les pays, pour les faits qu'on observe dans les hôpitaux comme pour ceux de la pratique privée ; c'est ainsi que sur soixante-trois pneumo-

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 186.

(2) *Recherches sur les maladies de la vieillesse* (*Mémoires de l'Acad. de méd.* Paris, 1840, t. VIII, p. 13).

(3) L'analyse des faits consignés dans le *Cours sur les généralités de la médecine*, par J. J. Leroux, t. VI, donne :

De 13 à 30 ans,	182	malades, dont	17 morts.
30 à 40	58		15
40 à 50	47		16
50 à 60	55		23
60 à 70	16		9
70 à 75	6		5
Total des malades.	364	Total.	85 morts.

nies, qui, en 1837, se sont terminées d'une manière funeste à Genève et dans sa banlieue,

7	ont été observées chez des sujets âgés de moins d'un an.				
4	de	1	à	3	ans.
3	de	3	à	10	
1	de	10	à	20	
2	de	20	à	30	
2	de	30	à	40	
6	de	40	à	50	
12	de	50	à	60	
12	de	60	à	70	
11	de	70	à	80	
3	de	80	à	90	

Ainsi, plus de la moitié des individus dépassaient cinquante ans, tandis que la longue période de dix à quarante ans ne comptait que cinq décès, moins d'un douzième (1). On verra plus tard combien la connaissance de l'influence de l'âge nous sera utile pour apprécier certains succès thérapeutiques.

En résumé, l'âge seul des malades est un élément important pour établir le pronostic de la pneumonie. Legendre n'attribuait pourtant à l'âge qu'une influence indirecte (2). Ce regrettable observateur disait que si la pneumonie était plus souvent fatale aux deux extrêmes de la vie, c'était parce que, à ces deux époques, les pneumonies franches seraient rares, tandis qu'on observerait surtout alors la forme catarrhale ou la broncho-pneumonie; l'âge n'influerait donc, d'après lui, sur le pronostic de l'affection que par l'action qu'il exercerait lui-même sur la nature de la pneumonie. Tout en reconnaissant sans peine l'influence de l'âge sur la forme anatomique, il n'est pas possible pourtant, en ne comparant entre elles que les pneumonies lobaires, franches, primitives, de douter que la mortalité ne soit pas très-différente suivant l'époque de la vie à laquelle les individus sont parvenus. Pour peu qu'on ait observé avec soin pendant quelques années, on trouvera en effet très-aisément qu'il n'est pas indifférent d'avoir une pneumonie lobaire franche pour l'enfance avant deux ou trois ans ou bien au delà de cet âge. Quelle différence aussi n'y a-t-il pas pour la mortalité si l'on étudie la pneumonie chez des sujets encore jeunes, si l'on compare, par exemple, des individus de dix-huit à trente ans à ceux compris entre quarante et cinquante ! Combien

(1) Marc D'Espine, *Annales d'hyg. et de méd. lég.*; 1840, t. XXIII, p. 50.

(2) *Archives générales de médecine*, année 1859, n° de septembre.

aussi la maladie gagne en gravité à mesure qu'on avance dans la vie, à tel point qu'au delà de quatre-vingts ou quatre-vingt-cinq ans la pneumonie primitive, franche, lobaire, est presque un arrêt de mort pour ceux qui en sont atteints! Mais à quoi bon discuter davantage un fait admis à peu près par tous, et qui n'est qu'une application d'une grande loi pathologique démontrant la résistance aux causes de destruction, beaucoup moindre aux deux extrêmes de l'existence, c'est-à-dire dans la *première enfance* et chez les vieillards.

§ 2. — Sexe.

Le sexe des individus exerce très-probablement une influence sur la terminaison favorable ou fâcheuse de la maladie. Il résulte de l'analyse de mes observations, que chez les femmes la pneumonie se serait montrée beaucoup plus meurtrière que chez les hommes; en effet, la mortalité chez les premières a été presque le double de celle que j'ai trouvée chez les hommes. En comparant les résultats obtenus pendant quatre années consécutives, je vois qu'à l'exception de 1837, la mortalité a été pour les trois autres plus considérable parmi les femmes. J'ai recherché quelle pouvait être la cause d'une si grande différence; et il m'a paru que la léthalité plus grande de la pneumonie chez les femmes pouvait s'expliquer, en partie du moins, par leur âge plus avancé; j'ai calculé, qu'à l'exception de deux femmes qui n'avaient pas encore atteint leur trentième année, toutes celles qui étaient mortes avaient dépassé cette période, et présentaient pour *âge moyen* cinquante-cinq ans, tandis que celui des hommes atteignait à peine le chiffre de quarante-trois. M. le docteur Briquet (1) est arrivé au même résultat; ce médecin dit que la mortalité fut chez les femmes dont il a analysé les observations le *double* de ce qu'elle fut chez les hommes; l'auteur croit que cette différence tient surtout à ce que le nombre des femmes âgées prises de pneumonie était plus grand que celui des hommes, puisque l'âge moyen de ceux-ci était de trente-six ans et demi, tandis qu'il s'élevait pour les femmes à quarante-six et demi. D'après les relevés de la clinique de Chomel, on a également reconnu que la pneumonie était plus grave chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion d'un tiers à un huitième, mais nous ignorons ici l'influence que l'âge des malades a pu exercer. Cette mortalité plus grande de la

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. IX, p. 27.

pneumonie chez la femme serait prouvée encore par la statistique hospitalière pour les années 1861 et 1862 (1).

On doit donc conclure des faits précédents que si les hommes sont plus souvent atteints de pneumonie que les femmes, chez celles-ci la maladie se montre plus grave, et elle en emporte un nombre beaucoup plus considérable, puisque le chiffre de la mortalité chez elles dépasse d'un tiers ou de moitié celui des hommes. Toutefois, la différence des âges ne peut expliquer à elle seule des résultats si différents ; il est rationnel de supposer une influence directe exercée par le *sexe* même des individus. Ce qui confirme cette opinion, c'est que la pneumonie paraît être beaucoup plus meurtrière l'hiver à l'hospice de la vieillesse (femmes), qu'à l'hospice de la vieillesse (hommes).

Il est quelques circonstances de la vie des femmes qui influent aussi, comme on a dû le voir précédemment, sur l'issue fâcheuse de la pneumonie : tel est surtout l'état de grossesse et peut-être aussi l'état puerpéral. Nous avons dit que la pneumonie qui affectait les femmes enceintes avait en pour effet, dans la moitié des cas, de produire, soit un avortement, soit un accouchement prématuré. L'état de grossesse est en outre une condition des plus fâcheuses pour l'issue de la maladie. Nous avons vu, en effet, que sur 18 femmes grosses atteintes de pneumonie, 8 succombèrent, quoique la plupart fussent dans des conditions de santé en apparence favorables. Le pronostic de la pneumonie paraît devoir être plus fâcheux si la grossesse n'a pas encore atteint son septième mois. Le pronostic doit être grave également par rapport au fœtus lui-même. Autant que je puis en juger par le petit nombre de faits que je possède, je crois l'influence de la pneumonie d'autant plus pernicieuse pour le fœtus : 1° que la grossesse est moins avancée ; 2° que l'accouchement prématuré a lieu à une époque plus éloignée du début de la pneumonie ; 3° que celle-ci était plus intense. La pneumonie qui survient pendant l'état puerpéral nous paraît également plus grave ; on l'a vue, en effet, dans cette condition, se terminer, dans plus de la moitié des cas, d'une manière funeste, et dans un temps en général fort court.

Jusqu'à présent on n'est point fixé sur l'influence que l'époque menstruelle exerce sur la gravité de la pneumonie, comme sur

(1) En 1861, la mortalité par pneumonie a été de 25,19 pour 100 chez les hommes et de 39,68 pour 100 chez les femmes.

En 1862, la mortalité fut, pour les premiers, de 23,40 pour 100, et de 27,89 pour 100 pour les femmes. (Renseignements fournis par M. Husson.)

celle de la plupart des maladies aiguës (1). On a dit que lorsque le développement de la pneumonie coïncidait avec l'apparition des *règles*, la maladie devenait plus intense ; que le danger était aussi grand lorsque les règles venaient à paraître pendant la période aiguë, surtout si la femme était affaiblie. Toutes ces propositions sont loin d'être prouvées ; les faits que j'ai recueillis ne sont pas assez nombreux pour que j'ose établir à ce sujet quelque chose de positif ; je dirai, pourtant, que toutes les femmes chez lesquelles les règles coulèrent pendant la période aiguë de la pneumonie, guérirent, et que la vie ne fut réellement en péril que chez l'une d'elles.

§ 3. — **Constitution.**

La constitution des sujets doit être un des éléments essentiels pour établir le plus ou moins de gravité de la maladie. Toutes choses égales d'ailleurs, j'ai trouvé que la mortalité avait été deux fois plus forte chez les sujets faibles, débiles, que chez ceux dont la constitution était robuste, quoique cependant ces derniers aient été affectés en beaucoup plus grand nombre que les premiers. M. le docteur Briquet (2) est arrivé à peu près au même résultat, puisque de 21 sujets qui ont succombé, 6 étaient doués d'une constitution forte ; les autres, au contraire, étaient plus ou moins débiles. Cette influence d'une constitution faible sur la gravité de la pneumonie, nous explique, jusqu'à un certain point, la mortalité plus grande que cette affection présente chez les femmes, chez les très-jeunes enfants, ainsi que chez les vieillards.

§ 4. — **Conformation thoracique.**

Presque tous les auteurs ont signalé les pneumonies qui affectent les bossus et les sujets dont le thorax est plus ou moins rétréci, comme entraînant après elles un péril beaucoup plus grand. J. Frank (3) a cru l'expliquer en comparant les inflammations viscérales à ces incendies que l'on éteint d'autant plus facilement qu'ils ont envahi des maisons plus vastes. Cette explication n'est qu'ingénieuse, mais elle ne saurait rien prouver ; je ne possède d'ailleurs encore aucune série de faits pour résoudre la question. Je crois

(1) Sa valeur pronostique n'est bien fixée pour moi que dans le cas de variole. Dans cette maladie, en effet, j'ai vu le plus souvent les règles se prolonger et se transformer en métrorrhagie, ce qui est un signe toujours grave, souvent même mortel.

(2) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. IX, p. 28.

(3) *Loc. cit.*, pars 2, t. II, p. 361.

d'ailleurs sans peine que la pneumonie doit offrir plus de gravité chez les bossus, à cause de leur constitution qui est en général grêle, chétive, plus ou moins détériorée, à cause aussi des lésions fréquentes qui existent du côté des organes circulatoires, de l'état habituel de gêne et de la difficulté avec laquelle la respiration se fait. Aussi les maladies de poitrine affectent-elles toujours les bossus d'une manière très-pénible ; l'oppression est plus grande chez eux, car, indépendamment de celle que la maladie nouvelle produit, il faut encore faire la part de la dyspnée qui leur est en quelque sorte acquise, et qui généralement est disproportionnée avec les autres symptômes. Je conçois très-bien que si la pneumonie a une certaine étendue, si elle envahit le poumon qui est le moins comprimé, il pourra en résulter une orthopnée, et parfois tous les symptômes d'une véritable asphyxie ; ce qui s'explique, comme je l'ai déjà dit, par le petit volume des poumons, parce qu'une partie de ces organes étant comprimée par la gibbosité, est devenue complétement imperméable ; enfin la dilatation du thorax est plus difficile à cause des courbures vicieuses des côtes, de leur changement de direction et d'inclinaison. Toutes ces circonstances doivent, indépendamment de la faiblesse de la constitution, nous porter à considérer les pneumonies comme offrant beaucoup plus de gravité chez les sujets dont la poitrine est fortement déformée.

§ 5. — **Pneumonies antérieures.**

On sait qu'il y a plusieurs maladies dont la gravité et la durée sont d'autant moindres qu'elles se reproduisent un plus grand nombre de fois sur le même individu. Cette proposition est vraie, surtout à l'égard des érysipèles de la face. J'ai recherché si elle était applicable à la pneumonie, et voici les résultats que j'ai obtenus. Sur les 54 malades qui avaient été affectés de pneumonie à une époque antérieure et plus ou moins éloignée, 11, c'est-à-dire environ le cinquième, ont succombé, quoique dans les récidives ce soit le plus souvent le même poumon qui ait été affecté. La mortalité n'a pas été en rapport exact avec le nombre des récidives ; il n'y a pas eu, non plus, de relation entre la gravité de la maladie et le temps plus ou moins long qui séparait celle-ci de la dernière pneumonie qui avait eu lieu. Devons-nous conclure de ce qui précède que le danger de la pneumonie augmente à mesure qu'elle se reproduit un plus grand nombre de fois chez le même individu ? Je crois que cette conclusion ressort clairement des faits que je viens d'analyser ; il faut pourtant encore ici faire la part de

l'âge des sujets qui étaient parvenus, terme moyen, à leur cinquantième année; toutefois, on remarquera que la mortalité d'un cinquième que j'ai indiquée est plus forte qu'elle ne devrait être chez les sujets arrivés à cette période de la vie; il est donc rationnel d'attribuer aux récidives mêmes de la pneumonie une influence fâcheuse sur la gravité et sur le mode de terminaison de la maladie.

§. 6 — **Conditions sociales et professions.**

Il résulte des belles recherches faites par le savant et laborieux docteur Villermé (1), que la proportion des décès dans les quartiers d'une grande ville est en raison inverse de l'aisance. M. Benoiston de Châteauneuf a également prouvé qu'aux mêmes époques de la vie, la mortalité dans les classes indigentes est presque double de ce qu'elle est dans les classes riches (2). Mais, pour compléter ces résultats, il faudrait rechercher quelle est, pour chaque maladie en particulier, la proportion relative de mortalité dans la classe riche de la société et dans la classe pauvre. Malheureusement, la science ne possède encore aucun des éléments nécessaires pour établir cette appréciation d'une manière même approximative. J'ai essayé, à l'aide des relevés consignés dans le *Statistical Reports*, à éclairer cette question, et voici ce que j'ai trouvé.

Si l'on recherche comparativement quel a été, *dans les mêmes localités*, le degré de mortalité de la pneumonie chez les officiers et chez les soldats, on trouve que dans la plupart des stations anglaises, les premiers qui, comme nous l'avons déjà dit, peuvent représenter la classe aisée de la société, succombent dans une proportion moins considérable que les simples soldats; la mortalité chez ces derniers n'est pas d'ailleurs la même pour tous. On se rappelle qu'il existe dans les stations anglaises d'Amérique, des compagnies de troupes nègres et de pionniers, auxquelles on fait exécuter les travaux les plus fatigants, qui par conséquent se trouvent, hygiéniquement parlant, dans des conditions plus défavorables que les troupes européennes servant à côté d'elles, mais faisant en toutes saisons les corvées les moins pénibles; aussi la mortalité de la pneumonie est-elle en proportion beaucoup plus considérable chez les premiers que chez les derniers. Ces faits toutefois ne sont pas concluants, car pour pouvoir apprécier exactement l'influence qui appartient aux conditions hygiéniques, il faudrait aussi faire la part

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1830, 1re série, t. III, p. 294.
(2) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1830, 1re série, t. III, p. 5.

exacte qui dépend de la race ; nous verrons, en effet, sous peu que la pneumonie est, toutes choses égales d'ailleurs, plus meurtrière chez les nègres que chez les individus de la race blanche.

Je ne puis rien dire de précis des professions en particulier ; je me bornerai à réfuter une opinion de Stoll (1), qui prétend que les boulangers attaqués de maladies aiguës succombent plus souvent et plus facilement que les autres. Ce qu'il y a de certain pour moi, c'est que cette assertion n'a rien de fondé relativement à la pneumonie.

On a parlé aussi de la gravité de la pneumonie chez les hommes de mer ; il n'y a, à cet égard, rien d'absolu. Si dans quelques hôpitaux de la marine on a constaté, parfois, une mortalité assez grande, c'est souvent parce que la pneumonie, plutôt secondaire que primitive, attaquait des organismes épuisés par des fatigues, par des privations, par des excès, par des maladies diverses contractées au loin; il n'en est pas de même, peut-être, pour les pneumonies qui se déclarent à bord chez des hommes valides. La mortalité peut certes varier ici comme ailleurs, par suite d'une foule de circonstances; mais, cependant, dans les conditions ordinaires elle n'est pas plus souvent mortelle que dans le reste de la population. C'est ainsi que 175 pneumonies fournies par des navires en rade ou naviguant plus ou moins loin des terres, ont fourni 15 décès, proportion qui n'a rien d'excessif; cependant, pour pouvoir bien l'apprécier, il faudrait connaître quel était l'âge des individus affectés.

§ 7. — Habitude de l'ivrognerie.

Tous les auteurs sont unanimes pour regarder l'ivrognerie comme une circonstance qui aggrave toujours le pronostic des pneumonies. J'ai essayé de soumettre cette importante question à l'analyse des faits. J'ai interrogé la plupart des malades sur leur régime, et en particulier sur les excès alcooliques qu'ils faisaient. Mais un grand nombre des individus qui s'y livrent habituellement ne veulent point en convenir, et font tous leurs efforts pour qu'on les croie tempérants ; il en est d'autres qui, par une sotte vanité, se donnent une réputation d'ivrogne qu'ils ne méritent pas. J'ai essayé d'éviter ces deux écueils; aussi n'ai-je pu trouver que 17 individus dont les habitudes d'ivrognerie fussent parfaitement démontrées pour moi; c'étaient des hommes d'une constitution assez forte en apparence, ayant de vingt-quatre à cinquante-

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 151, édition de Mahon.

neuf ans; leur âge moyen était de quarante-cinq ans; cependant, malgré des conditions si favorables, la mortalité s'est élevée chez eux à près d'un quart, proportion plus considérable que celle qu'on observe communément chez les sujets arrivés à cette période de la vie. L'abus des liqueurs alcooliques a été la seule cause probable qui ait pu m'expliquer le degré de mortalité plus élevé que j'ai noté chez ces individus.

Ces faits prouvent donc l'influence fâcheuse que les habitudes d'ivrognerie exercent sur la marche et sur l'issue des inflammations pulmonaires; les observations que j'ai recueillies depuis la première édition de ce livre l'ont confirmée encore. Je crois néanmoins que quelques auteurs ont beaucoup exagéré la gravité des pneumonies qui affectent les ivrognes, lorsqu'ils ont prétendu que ces phlegmasies avaient presque toujours chez eux une issue funeste. Je conçois qu'il peut en être ainsi dans les colonies, aux États-Unis ou dans les classes inférieures de la Russie, de la Suède, chez les ivrognes d'alcool, de rhum, de schnapp, etc., que l'on voit maigrir, pâlir et s'infiltrer, dont l'appétit et les forces diminuent. On comprend, en effet, qu'une pneumonie qui survient alors doit être presque nécessairement mortelle, car elle est dans les conditions d'une pneumonie secondaire; elle se déclare dans le cours d'un état morbide, d'une intoxication, qui trouble profondément le système nerveux, qui altère les fonctions digestives, nuit à la nutrition, et diminue cette force de résistance qui nous permet de lutter contre les causes morbides et contre les lésions qu'elles suscitent. Mais heureusement, en France surtout, un pareil abrutissement est plus rarement observé; c'est ce qui doit faire modifier un peu chez nous, du moins, la rigueur du pronostic qu'on porte sur les pneumonies qui affectent les sujets adonnés à l'abus des liqueurs fermentées.

§ 8. — **Races, climats, localités.**

Nous avons prouvé que la race nègre, n'importe où elle était transportée, fût-ce même sur le sol africain, était plus sujette aux maladies thoraciques, soit aiguës, soit chroniques, que la race blanche; la mortalité suit chez elle la même proportion.

On sait que la mortalité de plusieurs maladies n'est pas la même dans tous les climats. J'ai donc recherché si ceux-ci exerçaient quelque influence manifeste sur la gravité et sur l'issue favorable ou funeste de la pneumonie en particulier. Les relevés publiés par ordre du gouvernement anglais étaient seuls capables d'éclairer

cette question, puisque ces documents ont tous été recueillis sur des soldats, c'est-à-dire sur des hommes placés à peu près dans les mêmes conditions d'âge, de constitution, de régime, d'habitudes, ne différant entre eux que par la circonstance du *climat* dans lequel ils avaient été transportés. Après avoir analysé avec soin les nombreux tableaux du *Statistical Reports*, je suis arrivé à cette conclusion, que les climats ne semblaient exercer aucune influence certaine sur l'issue de la pneumonie; c'est ainsi que le chiffre de mortalité de la pneumonie est à peu près le même pour les îles Bermudes que pour le bas Canada, pour les îles Ioniennes que pour la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick. Peut-être que certaines circonstances de localité, que je ne puis préciser ici, influent davantage en certains lieux sur la mortalité que les climats eux-mêmes ; c'est ainsi que je trouve la pneumonie deux fois plus meurtrière aux îles sous le vent, c'est-à-dire dans le voisinage de l'équateur, qu'elle ne l'est dans les contrées septentrionales, comme dans le bas Canada.

Nepple (1) conclut, d'après le tableau de mouvement de l'hôpital de Montluel (Ain), que la pneumonie était la maladie la plus redoutable chez les indigènes des pays d'étangs ; il croit qu'elle a une marche plus rapide, puisqu'elle se terminerait communément du cinquième au septième jour, et qu'elle emporterait plus du quart des individus qu'elle affecte. Mais est-il certain que cette gravité de la maladie dépende d'une influence de localité, ou plutôt d'une influence qu'exerceraient les miasmes marécageux ? Je ne le pense pas. Ayant d'ailleurs recherché quelle était la mortalité de la pneumonie dans plusieurs localités marécageuses, et l'ayant comparée à celle qu'on observe dans des pays salubres, je n'ai pas le plus ordinairement trouvé entre eux de différence bien tranchée. Toutefois, j'admets que la pneumonie qui affecte les sujets épuisés par de longues fièvres doit avoir plus souvent une issue funeste que chez ceux qui sont dans des conditions différentes de santé. Ces individus sont intoxiqués; les pneumonies qui les frappent rentrent dans la catégorie de pneumonies secondaires; elles en ont la marche et doivent en avoir aussi la gravité; mais il n'y a pas là, à proprement parler, cette influence occulte exercée par le climat, puisque les habitants qui sont frappés dans la plénitude de la santé ne succombent pas en plus forte proportion que dans d'autres lieux. La mortalité exagérée qu'on trouve chez les sujets dont je parle n'est pas plus considérable que

(1) *Fièvre intermittente et rémittente*, p. 303.

lorsque la pneumonie sévit sur des organismes affaiblis ou chez des sujets déjà malades ; il en est ainsi pour tous les pays.

Pour terminer ce qui est relatif à l'influence des localités, je dirai qu'il paraît résulter de quelques relevés, entre autres de ceux du docteur W. Farr, que la mortalité de la pneumonie serait plus considérable de près de moitié dans les grandes villes que dans les campagnes, résultat qu'on pouvait prévoir d'après l'influence connue que la misère et que les privations exercent sur la mortalité, dans toutes les maladies et dans la pneumonie en particulier.

§ 9. — Saisons.

Les saisons exercent-elles quelque influence sur le plus ou moins de mortalité de la pneumonie? Sestier (1) a cru pouvoir conclure que la pneumonie était plus grave pendant l'été que pendant l'hiver ; mais pour arriver à cette conclusion, cet auteur a réuni indifféremment tous les faits, sans avoir égard aux circonstances, telles que l'âge, etc., qui peuvent, par elles-mêmes, influer sur le degré de mortalité de la maladie. Par conséquent les relevés donnés par ce médecin ne sauraient servir pour résoudre la question. En analysant mes propres observations, je trouve que dans les six mois les plus froids, c'est-à-dire d'octobre jusqu'au mois de mars inclusivement, les malades atteints d'inflammation pulmonaire ont péri dans la proportion d'un cinquième à peu près, tandis que la mortalité des pneumonies survenues dans les autres six mois chauds fut à peine de un sur huit. Mais avant de conclure que la saison froide exerce une influence fâcheuse sur la marche et sur la terminaison de la pneumonie, j'ai dû rechercher si les deux catégories de malades étaient parfaitement semblables entre elles sous le rapport des autres conditions qui influent ordinairement sur la mortalité. Or, j'ai trouvé que les sujets atteints de pneumonies pendant l'hiver comptaient parmi eux un plus grand nombre de vieillards que ceux qui étaient affectés pendant la saison chaude, puisque l'âge moyen des premiers était de cinquante-neuf ans, tandis que celui des seconds ne dépassait pas quarante.

Cette différence d'âge expliquerait à elle seule la différence de mortalité. On se rappelle, en effet, que de cinquante à soixante ans la mortalité commune a été d'un cinquième, et qu'elle ne s'est élevée qu'à un septième chez les sujets compris entre trente et quarante ans. Je conclus donc que les saisons n'ont sinon aucune part, du

(1) *Leçons de clinique médicale*, p. 445.

moins n'ont qu'une part douteuse et fort minime dans le plus ou moins de gravité des pneumonies. Si les saisons exerçaient réellement quelque influence, les faits qui précèdent indiqueraient que dans la saison chaude la pneumonie serait un peu moins meurtrière qu'en hiver, et cela indépendamment des conditions d'âge, de constitution, etc.

Il résulte aussi des relevés faits par M. Briquet, que la mortalité a été quatre fois plus forte l'hiver que l'été, mais je dois observer que cela dépend en grande partie de ce que la pneumonie a été trois fois plus fréquente dans la première de ces saisons que dans la seconde. Cependant M. Briquet reconnaît aussi que le froid a exercé une influence, soit en faisant naître des phlegmasies plus graves, soit en exaspérant les maladies déjà produites, soit en occasionnant des rechutes. Je crois que l'auteur eût parlé avec un peu plus de réserve de l'influence que les saisons exercent sur la mortalité des pneumonies, s'il s'était rappelé ce qu'il avait dit ailleurs, que la plupart des individus âgés de soixante à soixante-dix ans avaient été reçus dans les mois de décembre, janvier et février (1), circonstance qui explique suffisamment les résultats plus favorables que l'auteur a obtenus pendant l'été; nouvelle preuve que dans l'emploi de la statistique, si l'on veut arriver à des conclusions rigoureuses, il ne faut pas seulement compter les faits, mais il faut aussi les analyser et les comparer.

En résumé, la considération des saisons n'a pas grande importance pronostique; la mortalité, en effet, est très-variable, non-seulement d'un pays à l'autre, mais encore dans le même pays d'une contrée à une autre. Toutefois, je crois qu'il est vrai de dire que la pneumonie est généralement un peu plus meurtrière pendant la saison froide.

§ 10. — **Constitution régnante. — Épidémie.**

Quiconque a observé avec soin et persévérance, aura remarqué qu'à certaines époques, les maladies et les pneumonies en particulier, offrent une bénignité remarquable; beaucoup, quoique très-étendues, guérissent spontanément, et il suffit des moyens les plus simples, les moins énergiques, pour amener la convalescence. A d'autres époques, les phlegmasies pulmonaires sont plus graves, et celles qui cèdent résistent davantage aux moyens les plus énergiques. C'est là d'ailleurs ce qu'on observe pour toutes les mala-

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. VII, p. 479.

dies ; cette différence imprimée au caractère des affections aiguës explique les succès momentanés de beaucoup de méthodes.

Comme la plupart des maladies, lorsque la pneumonie règne épidémiquement, elle semble avoir beaucoup plus de gravité que dans les circonstances ordinaires ; c'est ce qu'on a vu à Paris pendant l'épidémie de grippe de 1837. Cette mortalité plus grande de la maladie dans les temps où elle règne épidémiquement, tient à ce que dans les circonstances dont je parle, la pneumonie se complique le plus souvent d'un état général plus ou moins fâcheux, et revêt communément l'une de ses formes les plus graves, la forme typhoïde ou maligne.

§ 11. — Nature des causes occasionnelles.

On a dit que la nature des causes occasionnelles qui avait provoqué l'explosion de la pneumonie n'était pas sans importance pour établir le pronostic de la maladie. On a prétendu, par exemple, que les pneumonies qui sont déterminées par le froid subit, sont généralement franches et cèdent plus facilement que les autres aux évacuations sanguines. Cependant l'analyse de mes observations ne me permet pas d'adopter cette proposition ; j'ai vu succomber le quart des individus dont la pneumonie était survenue au milieu d'une santé parfaite à l'occasion d'un refroidissement du corps. Le chiffre de la mortalité paraîtra d'autant plus considérable ici, que l'âge moyen des individus dont je parle ne dépassait pas trente ans ; d'ailleurs aucune autre circonstance que la nature de la cause occasionnelle ne pouvait expliquer les résultats fâcheux que je viens d'indiquer.

Je ne sais si les pneumonies qui surviennent à l'occasion d'un excès alcoolique auraient plus de gravité que les autres. Sur les trois phlegmasies pulmonaires qui se sont déclarées dans ces conditions, deux ont eu une issue rapidement funeste, quoique les malades fussent dans des conditions d'âge et de santé antérieure qui pouvaient faire espérer une heureuse terminaison. On comprend à priori que l'ébriété, fût-elle tout accidentelle, doit être une condition fâcheuse au début d'une pneumonie ; toutefois, il est impossible de pouvoir calculer en ce moment, faute de faits suffisants, toute la valeur pronostique de cette cause.

Les pneumonies qui surviennent à l'occasion des causes traumatiques sont par contre généralement peu graves ; beaucoup de chirurgiens, parmi lesquels je dois citer en première ligne Vidal, de

Cassis (1), ont déclaré que les pneumonies qui succèdent aux plaies pénétrantes de poitrine ou à toute autre violence extérieure, se terminent généralement d'une manière favorable. Les observations que j'ai analysées précédemment confirment tout à fait cette opinion. (Voyez plus haut, p. 430.)

§ 12. — Siége de la pneumonie.

1° *Côté affecté.* — Plusieurs auteurs, parmi lesquels nous pouvons compter Avenbrugger et Corvisart (2), ont regardé la pneumonie et généralement toutes les maladies du côté gauche de la poitrine comme devant offrir plus de gravité que celles du côté opposé, ce qu'on a cherché à expliquer par la communication plus prochaine et les rapports plus intimes du poumon gauche avec le péricarde et le cœur. On a supposé également que le poumon devenu plus pesant par les progrès de l'hépatisation pouvait comprimer le cœur et en gêner plus ou moins les mouvements. Plus récemment, M. Briquet (3) a prétendu, par contre, que les pneumonies du côté droit étaient plus graves que celles du côté gauche ; on a même avancé que les premières étaient deux fois plus meurtrières que les secondes. Ces derniers résultats ne sauraient être acceptés, attendu que les auteurs ont négligé d'examiner comparativement toutes les autres circonstances qui, indépendamment du siége de la pneumonie, pouvaient avoir de l'influence sur sa terminaison. Pour ma part, c'est ce que je n'ai pas manqué de faire, afin de donner à mes résultats tout le degré de précision possible. Ayant choisi 70 pneumonies gauches et un nombre égal de pneumonies droites à peu près semblables sous le rapport du sexe, de l'âge, de la constitution des sujets, et de l'étendue de la phlegmasie, j'ai vu dans ces deux ordres de faits, que la mortalité avait été exactement la même (d'un septième environ), d'où je conclus que la pneumonie droite n'est pas sensiblement plus fâcheuse que la pneumonie gauche, lorsque les autres circonstances sont d'ailleurs parfaitement égales. Il n'en est plus de même des pneumonies doubles : pour elles la mortalité a été de 7 sur 16 ; je me hâte d'ajouter pourtant, qu'indépendamment de la double phlegmasie, il y avait à faire la part de l'âge des sujets, puisqu'ils avaient, terme moyen, dix ans de plus que ceux dont la pneumonie était uni-latérale droite ou gauche. Mais peu importe, il est parfaitement avéré qu'à

(1) *Traité de pathologie externe*, 5e édit. Paris, 1860, t. IV, p. 71.

(2) *Percussion*. Paris, 1808, p. 133.

(3) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. IX, p. 29.

tous les âges de la vie, même à l'époque de l'existence où la pneumonie est la plus bénigne, on voit la mortalité doubler ou tripler, lorsque la phlegmasie envahit simultanément les deux poumons.

2° *Lobes affectés.* — On regarde généralement la pneumonie du lobe supérieur comme étant plus grave que celle du lobe inférieur. M. Andral (1) partage cette opinion; cependant, d'après M. le docteur Briquet (2), la phlegmasie du sommet n'aurait aucun rapport direct avec la mortalité. Les faits que j'ai recueillis et analysés contredisent cette assertion. C'est ainsi que, recherchant comparativement le degré de gravité des pneumonies du sommet et des pneumonies de la base, chez des sujets qui offraient un âge moyen de trente-six à trente-huit ans, j'ai reconnu que chez les premiers, la mortalité s'élevait à un cinquième, tandis qu'elle n'était presque que d'un huitième chez les seconds. Sestier a donné des résultats qui diffèrent peu de ceux que je viens d'indiquer moi-même; ce médecin a évalué, en effet, à un quart le degré de mortalité des pneumonies qui affectent le lobe supérieur, tandis qu'elle ne serait que d'un septième pour les pneumonies de la base. On ignore jusqu'à présent la raison de cette différence. Beaucoup de personnes croient encore que la gravité des pneumonies du sommet dépend de ce qu'elles se compliquent plus souvent que celles de la base de symptômes cérébraux; j'ai réfuté précédemment cette assertion. Les pneumonies bornées à la partie moyenne sont celles qui offrent le moins de gravité, puisque sur 30 malades je n'en ai vu succomber aucun; cela dépend, sans doute, de ce que la pneumonie était limitée dans ces cas à une étendue peu considérable.

La pneumonie du sommet devrait faire encore porter un pronostic grave, parce qu'elle se complique plus souvent que celle de la base de tubercules pulmonaires. Nous avons vu, en effet, que les dix individus qui ont eu une pneumonie après avoir présenté des signes rationnels ou physiques de tubercules, avaient tous une inflammation du sommet de l'organe. Mais cela autorise-t-il le médecin à porter, avec M. Briquet, un pronostic fâcheux lorsque la pneumonie du sommet affecte un individu dont la constitution est seulement détériorée, et cela en raison de la complication tuberculeuse qu'on doit alors soupçonner? Ce serait peut-être s'exposer à avoir trop souvent des craintes exagérées ou mal fondées. Une constitution chétive rend par elle-même le pronostic plus grave, et cela indépendamment de toute complication, mais pour soup-

(1) *Clinique médicale*, t. III, p. 527.

(2) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. IX, p. 30.

çonner la présence des tubercules, il faut qu'il y ait d'autres circonstances puisées dans l'état actuel ou dans les antécédents.

M. Briquet dit encore que l'étendue de la pneumonie ne lui paraît pas avoir une influence bien grande sur l'issue de la maladie. Pour le prouver, l'auteur a comparé l'étendue occupée par la pneumonie chez les individus qui ont guéri et chez ceux qui ont succombé; or, il a vu que chez les premiers, l'inflammation avait occupé en moyenne les deux cinquièmes du poumon, tandis que chez les autres il n'y avait qu'une différence d'un dixième en plus, ce qui évidemment n'est pas assez considérable pour expliquer le danger et l'issue fatale de la maladie. M. Briquet n'a émis cette opinion que parce qu'il a accordé une confiance trop absolue à l'auscultation; il a cru pouvoir, par ce mode d'exploration, limiter exactement les pneumonies, et en calculer l'étendue avec précision, mais j'ai déjà dit que l'auscultation et que la percussion ne nous faisaient guère connaître que l'*étendue en surface* de l'inflammation, et qu'elles ne nous donnaient que des indications douteuses ou tout à fait nulles pour apprécier la profondeur à laquelle pénètre l'altération; aussi il n'est pas rare de voir des phénomènes stéthoscopiques limités à un très-petit espace, coïncider avec des phénomènes sympathiques fort graves, et si la mort survient, on trouve que la pneumonie s'étend beaucoup plus profondément qu'on ne l'avait supposé. D'autres fois, avec des phénomènes stéthoscopiques très-étendus qui occupent, par exemple, presque toute la partie postérieure d'un des poumons, il n'y a qu'une fièvre et une dyspnée médiocres, le facies est à peine altéré, les forces sont conservées, circonstances qui indiquent que dans ce cas la pneumonie n'occupe, si je puis m'exprimer ainsi, que l'écorce du poumon, sans s'étendre en profondeur. J'établis donc que les phénomènes fournis par la percussion et par l'auscultation ne devront entrer comme élément dans le pronostic, qu'autant qu'ils seront en rapport avec les symptômes généraux. Il est vrai de dire pourtant qu'on rencontre quelques cas de pneumonies très-circonscrites, qui se terminent d'une manière funeste, sans que l'autopsie puisse rendre raison de la mort des sujets. Mais ces faits sont exceptionnels; on ne les observe guère que sous l'influence de certaines constitutions épidémiques, et ils ne sauraient détruire cette proposition générale, savoir, que la gravité du pronostic de la pneumonie est en raison directe de l'étendue de la maladie.

§ 13. — Début de la pneumonie.

Toutes choses étant égales d'ailleurs, les pneumonies qui sont précédées, pendant un ou plusieurs jours, d'un état de malaise, me paraissent plus graves que celles dont le début brusque surprend l'individu au milieu d'une santé parfaite. J'ai vu, en effet, que la mortalité des premiers avait été d'un quart environ. La durée plus ou moins longue du malaise ne peut fournir aucune utile indication pour le pronostic.

§ 14. — Symptômes auxquels on a attribué une valeur pronostique.

1° *Point de côté.* — Le point de côté considéré sous le rapport de son intensité, de son siége, de sa durée, de sa cessation progressive ou subite, ne peut fournir aucune donnée certaine pour le pronostic de la pneumonie. Les anciens avaient formulé à ce sujet une série de propositions qui n'ont pu soutenir l'analyse rigoureuse des faits. On avait prétendu, par exemple, que lorsque le point de côté est erratique, les malades sont dans un danger prochain ; il en serait de même si la douleur, d'abord limitée au mamelon ou à la base de la poitrine, venait à se propager vers la clavicule; enfin la cessation subite du point de côté, la fièvre persistant, serait un signe de mort, quelque bien d'ailleurs que le malade parût : c'était même pour les anciens médecins un des signes qui leur faisaient craindre une terminaison par gangrène. Je répète qu'aucune de ces propositions n'est fondée, et qu'elles n'ont aucune valeur pronostique.

2° *Fréquence de la respiration.* — D'après les doctrines des médecins des derniers siècles et d'après Grimaud en particulier (1), la respiration mériterait la plus grande attention, au point de vue du pronostic, non-seulement dans les maladies de poitrine, mais encore dans toutes les affections fébriles, dans lesquelles elle indiquerait d'une manière plus précise qu'aucune autre fonction prise à part, l'issue probable de la maladie, Stoll dit qu'elle a plus de valeur que le pouls lui-même; et l'on a prétendu que le nombre des inspirations donnait la mesure exacte du degré auquel la pneumonie était arrivée (2). Cette proposition est généralement vraie, elle

(1) *Traité des fièvres*, t. II, p. 39.

(2) J. Pelletan, *Mémoire statistique sur la pneumonie aiguë* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 339).

compte pourtant de si nombreuses exceptions, qu'il serait imprudent d'établir le pronostic d'après cette seule considération. Je rappelle ce que j'ai déjà dit précédemment, que plusieurs de mes malades ont succombé ayant tout un poumon hépatisé, et pourtant ils n'avaient qu'une oppression médiocre, le nombre de leurs respirations ne dépassait pas 24 ou 30 par minute. Il est assez fréquent, par contre, de voir des malades guérir, après avoir offert plus de 48 ou de 50 respirations dans le même espace de temps; je ne parle ici que des adultes, car dans le jeune âge, chez les enfants à la mamelle, il n'est pas rare de compter 70 ou 80 inspirations par minute dans des cas qui se terminent d'une manière favorable. Pour montrer la réserve qu'il convient d'avoir, lorsqu'il s'agit d'apprécier la valeur pronostique de l'accélération des mouvements respiratoires, j'ai choisi 56 malades chez lesquels la pneumonie m'a paru occuper une étendue à peu près égale (autant du moins qu'il est permis de le juger); chez 20 la pneumonie eut une issue funeste; chez les 36 autres, elle se termina par la guérison. Or, ayant comparé le nombre des respirations dans ces deux séries de faits, j'ai vu que chez ceux qui ont guéri, on a compté une moyenne de 42 respirations par minute, tandis que chez ceux qui sont morts, le chiffre ne s'est élevé qu'à 46, différence trop faible pour pouvoir baser sur elle un élément de pronostic. D'ailleurs, chez la moitié des individus qui ont succombé, j'ai vu la respiration perdre de sa fréquence dans le dernier jour de la vie, de telle sorte que le nombre moyen des inspirations qui avait été de 46, est descendu à 40 dans les douze ou vingt-quatre dernières heures. Il faut savoir aussi qu'une foule de circonstances autres que les progrès de la maladie peuvent influer sur le nombre des respirations, tels sont les mouvements, les secousses de la toux, l'air trop échauffé de l'appartement, etc. Disons pourtant, en terminant, que l'orthopnée, que la respiration inégale, entrecoupée, sont des symptômes qui sont toujours d'un fâcheux augure.

3° *Pouls.* — Ce que je viens de dire de la fréquence de la respiration s'applique en partie à celle du pouls. Celui-ci ne fournit d'ailleurs le plus souvent que des données assez incertaines pour le pronostic.

Ainsi au début de la pneumonie, les considérations de force ou de faiblesse du pouls pourront être d'une grande utilité pour déterminer quelle est la méthode de traitement la plus avantageuse; mais on n'en tirera aucune induction pour l'issue de la maladie. Il en sera à peu près de même de la fréquence du pouls, lorsque celle-ci ne dépassera pas 112 pulsations; au delà de ce nombre,

surtout à 120 et au delà, le médecin devra éprouver quelque appréhension sur la terminaison de la maladie; j'ai calculé en effet qu'un tiers environ des malades dont le pouls battait de 120 à 130 ont succombé, et que chez ceux qui eurent de 130 à 140 pulsations par minute, la mortalité fut de moitié; je n'ai vu guérir aucun de ceux dont le nombre des battements artériels a dépassé 150. Il est à peine besoin de dire que ceci ne s'applique qu'aux adultes et aux vieillards, car dans le jeune âge ce dernier chiffre est fréquemment atteint et même dépassé, sans que cela empêche la maladie d'avoir une heureuse issue. Il ne faut pas, d'autre part, compter toujours sur le ralentissement du pouls et le regarder comme une preuve constante d'amélioration. Nous avons dit en effet plus haut que sur un quart des individus qui succombaient, le pouls a perdu de sa fréquence la veille de la mort. L'irrégularité, l'inégalité, l'intermittence du pouls doivent toujours aggraver le pronostic, lorsque ces phénomènes existent au début ou dans la période d'état de la maladie; mais on aura peu d'inquiétude lorsque les autres symptômes indiquent un amendement dans la pneumonie; six malades, presque tous âgés, chez lesquels des intermittences ont été notées dans les circonstances dont je parle, ont tous guéri. Je suppose que l'intermittence arrive par le fait de la pneumonie, car on ne saurait attribuer la même valeur à celle qu'on observe si fréquemment chez les vieillards sans qu'il existe une lésion grave, du moins appréciable dans le cœur ou dans les vaisseaux. Lorsque le désordre du pouls est la conséquence d'une lésion organique des voies circulatoires, la gravité du pronostic résulte de celle-ci, et les intermittences n'ont d'autre signification que de faire supposer une lésion valvulaire.

Il est fort commun de trouver dans la pratique des individus qui, présentant quelques intermittences du pouls sans autre trouble fonctionnel des organes circulatoires, voient ces intermittences cesser complétement pendant la plus grande acuité de l'affection, pendant la plus vive excitation de la fièvre; mais elles reparaissent lorsque celle-ci décline. Chez ces malades, le retour des intermittences peut donc être considéré comme un phénomène favorable.

4° *Lypothymies, syncopes.* — Les lypothymies, les syncopes *spontanées*, ou bien celles qui surviennent pendant les courts instants que le malade est maintenu sur son séant pour pratiquer l'exploration de la poitrine, me paraissent être des symptômes excessivement fâcheux, puisque les quatre malades chez lesquels je les ai observés ont tous succombé. Hildenbrand (1), frappé par la

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 191.

disposition qu'a le sang à se coaguler dans la pneumonie et dans plusieurs autres maladies, redoutait beaucoup les défaillances, parce qu'il pensait qu'elles pouvaient produire des concrétions fibrineuses ou polypeuses dans le cœur et dans les gros vaisseaux; c'est ce qu'il aurait vérifié dans de nombreuses nécropsies. Je ne dis pas que de pareilles craintes soient tout à fait puériles, toutefois je n'ai encore rien vu qui fût capable de les justifier; chez trois des individus qui eurent des syncopes, et dont l'état du cœur fut décrit avec soin, je ne trouvai à l'autopsie que quelques caillots noirâtres ou à peine décolorés, libres d'adhérences, dont la formation était évidemment toute récente. Si je regarde les défaillances et les syncopes spontanées comme étant d'un fâcheux augure, c'est parce que ce symptôme indique presque toujours une atteinte profonde portée à la résistance vitale.

5° *Inspection du sang.* — Quelques auteurs ont beaucoup insisté sur l'aspect que présentait le sang tiré de la veine pour établir quelle sera l'issue probable de la pneumonie, et pour déterminer en outre si l'on peut insister encore sur les évacuations sanguines. Suivant Baglivi (1) « c'est un mauvais signe, lorsque dans la pleurésie et dans la péripneumonie, il ne se forme pas de couenne à la surface du sang qu'on tire de la veine; ce serait par contre un bon signe, si elle commençait à paraître à la seconde saignée; mais si elle ne se forme pas à la seconde émission sanguine, qu'on se garde bien d'en faire une troisième, ce serait donner la mort au malade. » Ce pronostic terrible, que Lancisi avait déjà établi, paraît aussi avoir été confirmé plus tard par la pratique d'Huxham (2). Les résultats que j'ai obtenus, ainsi que ceux de M. Louis, dont j'ai déjà rendu compte (p. 257), sembleraient également prouver que l'absence de couenne sur le sang pourrait être un élément de pronostic dans la pneumonie, puisque nous avons dit que cette couenne avait manqué deux fois plus souvent chez les sujets qui succombèrent, que chez ceux qui guérirent; cependant avant de me prononcer positivement sur l'importance de ces faits, il faudrait que je pusse affirmer que la non-formation de la couenne a été indépendante de toutes les circonstances extérieures qui influent sur elle, et surtout de la manière dont le sang a coulé; or c'est ce qui m'est impossible de dire.

Quant au plus ou moins de consistance du caillot, à sa coloration plus ou moins rouge, à la quantité plus ou moins considérable du sérum, on ne peut baser aucune règle fixe de pronostic ou

(1) Cap. *De pleuritide.*

(2) *Essai sur les fièvres*, p. 230.

d'indications thérapeutiques. Les *présomptions* que peut donner l'inspection du sang, ne pourront avoir quelque valeur, qu'autant qu'elles ne seront pas détruites par d'autres signes plus importants. Par exemple, le sang tiré de la veine fût-il aussi diffluent que possible, si le sujet était vigoureux, le pouls ferme, résistant, il est évident que les qualités du sang ne devraient pas empêcher de recourir à de nouvelles évacuations sanguines. Si, au contraire, un caillot dense et couenneux se remarquait en même temps qu'une prostration considérable et une grande faiblesse du pouls, on devrait pour déterminer quel est le traitement à adopter, avoir bien plus d'égard à ces dernières circonstances qu'aux indications qui sembleraient résulter de l'inspection des qualités du sang.

En résumé, je crois qu'il faut examiner le sang; que les qualités de ce fluide doivent entrer en ligne de compte pour établir le pronostic et le traitement de la pneumonie; mais il faut se rappeler que cette inspection ne peut fournir que des signes *très-accessoires;* ils ne peuvent donc pas avoir une *valeur absolue* comme le croyaient les anciens, mais ils doivent toujours être contrôlés par des signes plus positifs.

6° *Expectoration.* — Les crachats fournissent parfois des signes d'une grande valeur pour le pronostic de la pneumonie. C'est surtout d'après les caractères de l'expectoration que les anciens médecins portaient un jugement favorable ou fâcheux sur l'issue de la maladie; Hippocrate avait, sur ce point, posé quelques préceptes qui furent suivis et répétés presque jusqu'à nos jours, par les médecins de toutes les époques. Cependant l'observation clinique aurait dû démontrer facilement que plusieurs des opinions émises par le père de la médecine et par ses successeurs étaient en opposition avec les faits. C'est ainsi qu'Hippocrate signale comme *mauvais*, les *crachats sanguinolents;* il porte le même jugement sur les *crachats jaunes*, *tout purs* (1), tandis que Lieutaud redoutait ceux qui présentaient un mélange de plusieurs couleurs à la fois (2). Je crois inutile de réfuter longuement ces assertions. Je regarde les crachats jaunes homogènes et les crachats sanguinolents comme n'ayant qu'une valeur *diagnostique*, mais je les crois complétement *nuls* pour le pronostic. Il en est de même de ces crachats blancs, striés de sang, qu'on peut observer à la suite des quintes de toux un peu fortes, et que Grimaud (3) regardait comme étant d'un

(1) *Prénotions coaques*, 2e section, § 20 (*Œuvres complètes*, trad. Littré, t. V, p. 557).

(2) *Précis de médecine pratique.* Paris, 1781, t. I, p. 343, in-8.

(3) *Traité des fièvres*, t. II, p. 37.

heureux présage, lorsqu'il les observait au début de la maladie, parce que, suivant ce médecin célèbre, cette évacuation sanguine locale tendait puissamment à diminuer la congestion du côté des poumons.

Hippocrate a également signalé les crachats verts comme étant d'un fort mauvais signe dans la pneumonie. Cette opinion est peut-être fondée; car sur quinze malades chez lesquels j'ai noté une expectoration verdâtre, quatre ont succombé. Toutefois, je déclare que je ne suis pas encore suffisamment éclairé sur la valeur pronostique des crachats verts ; je crois que de nouveaux faits sont nécessaires pour l'établir d'une manière positive.

Il n'en est pas de même des crachats que j'ai nommés jus de réglisse et de pruneaux ; tout le monde, les médecins anciens comme les modernes, sont à peu près unanimes pour les regarder comme étant du plus fâcheux présage. Ceci ne doit pas nous surprendre, puisque nous avons dit plus haut que cette expectoration indiquait le *plus souvent* l'existence de l'hépatisation grise. J'ai vu succomber sans exception tous les malades qui eurent, même momentanément, une expectoration noire. Celle-ci fut toujours aussi un signe de mort prochaine dans la pneumonie épidémique qui régna à Aumale pendant quatre mois de l'année 1756 (1). Chomel pense également que, lorsque dans le cours de la pneumonie, les malades rendent des crachats jus de réglisse ou de pruneaux, la maladie doit *se terminer constamment par la mort, lors même qu'elle offrirait sous tous les autres rapports, une bénignité apparente* (2). Cette opinion est sans doute trop absolue. S'il est incontestable que les crachats noirs sont un des signes les plus fâcheux, ils ne peuvent pourtant pas être considérés comme devant annoncer une mort inévitable, car des neuf malades observés par M. Andral, qui eurent pareille expectoration, deux guérirent, et dans un de ces cas même, la pneumonie très-bénigne ne paraît pas avoir dépassé le premier degré. Je crois en outre que, malgré l'existence des crachats séreux, noirâtres, si les autres phénomènes locaux, et surtout si les symptômes généraux étaient bénins, il faudrait espérer une solution heureuse de la maladie, nonobstant les qualités des matières expectorées.

Les médecins anciens regardant l'expectoration comme la crise naturelle et presque nécessaire de la pneumonie, avaient dû considérer l'absence des crachats, ou leur suppression précoce, comme

(1) Marteau de Grandvilliers, *Journal de Vandermonde*, t. VI, p. 459.

(2) *Pathologie générale*, 3e édit. Paris, 1841, p. 540.

un des signes les plus funestes ; aussi tous les efforts de leur thérapeutique semblaient dirigés pour provoquer l'expectoration ou la rétablir dans les cas où elle s'était supprimée. Galien comparait les crachats de la pneumonie aux sédiments de l'urine qui jugent les affections aiguës (1). Je crois que pour être fixé sur la valeur pronostique de l'absence des crachats dans la pneumonie, il faut distinguer avec soin les cas où la pneumonie est *sèche* pendant toute sa durée, c'est-à-dire les cas où il n'y aucune sécrétion appréciable dans les bronches ou dans les vésicules pulmonaires, et ceux au contraire où cette sécrétion s'étant établie, et ayant continué à se faire pendant quelque temps, se supprime ensuite brusquement, sans que les autres symptômes de la pneumonie se soient amendés.

Lorsque l'expectoration ne s'établit point dans le cours d'une pneumonie, celle-ci ne me paraît pas devoir être considérée, à raison de cette circonstance seule, comme offrant plus de gravité; sur quatorze malades chez lesquels toute espèce d'expectoration rouillée ou catarrhale a complétement manqué pendant tout le cours de la maladie, un seul a succombé. Jean-Pierre et Joseph Frank ont également observé plusieurs pneumonies terminées par résolution, bien qu'il n'y ait eu d'expectoration à aucune époque (2). Les résultats que j'ai obtenus sont confirmés par la pratique de M. Andral: ce professeur dit, en effet (3), que les pneumonies qui ne sont accompagnées d'aucune expectoration, pendant toute leur durée, ne lui ont pas paru être plus graves que les autres; il n'en est plus de même lorsque l'expectoration, après s'être régulièrement établie, se supprime brusquement, tandis que les symptômes généraux et locaux restent stationnaires, ou continuent à s'aggraver. La suppression des crachats dépend alors, tantôt d'un défaut de sécrétion, ce qui se lie presque toujours à une augmentation de la phlegmasie ; ou bien les mucosités continuant à être exhalées dans les bronches, ne sont point expulsées ; c'est là le cas le plus fâcheux et qui indique le péril le plus prochain, car il se lie généralement à un état de grande prostration des forces. Cette accumulation des mucosités dans les tuyaux aériens, en s'opposant à la libre circulation de l'air, devient aussi une cause d'asphyxie qui accélère la

(1) *De crisibus*, lib. I, cap. 18, p. 626, édit. de Kühn.

(2) Jean P. Frank, *Traité de médecine pratique*, édit. de Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 165, et J. Frank, *Pathologie interne*, édit. de Bayle, t. IV, p. 187.

(3) *Clinique médicale*, t. III, p. 528.

terminaison fatale. On conçoit que si la suppression brusque des crachats coïncidait avec un amendement dans tous les autres symptômes, ce phénomène n'aurait probablement alors aucune importance; dans le cas, au contraire, où la suppression des crachats arrive à l'époque où la maladie a acquis son maximum d'intensité, il faudrait porter un pronostic très-fâcheux; néanmoins le cas n'est pas désespéré, puisque j'ai vu guérir plusieurs malades. M. Andral rapporte aussi l'observation d'un jeune homme chez lequel l'expectoration se supprima tout d'un coup au huitième jour d'une pneumonie grave, et ne se rétablit plus jusqu'à la terminaison de la maladie; cette suppression coïncida avec une aggravation des symptômes de la pneumonie, laquelle eut cependant une heureuse issue; mais la résolution marcha lentement.

7° *Phénomènes d'auscultation.* — Il est inutile de dire que le souffle bronchique est, sous le rapport du pronostic, un signe plus grave que la crépitation, puisqu'il indique un degré plus avancé de la maladie. La respiration bronchique qui n'existe que pendant le temps de l'expiration, est moins grave que celle qu'on entend surtout pendant l'inspiration, puisque nous avons vu que le souffle qui n'était entendu qu'au second temps de la respiration, indiquait ou que l'hépatisation était encore incomplète, ou bien qu'elle commençait à se résoudre. Lorsque la crépitation a complétement cessé, lorsque après avoir existé seule pendant plusieurs jours, la respiration bronchique coexiste avec des bulles de râle muqueux rares, disséminées, nous avons vu qu'il y avait peut-être quelque motif de *soupçonner* le passage de la pneumonie au troisième degré, pourvu pourtant que ces phénomènes d'auscultation coïncident avec une aggravation dans les symptômes généraux. Enfin, je dois rappeler que le souffle tubaire très-fort, très-rude, peut cesser tout à fait du jour au lendemain et n'être remplacé que par un bruit respiratoire faible ou nul : ces phénomènes, loin d'indiquer la résolution de l'engorgement, peuvent coïncider au contraire souvent avec le troisième degré; il faudra donc encore ici juger de la valeur pronostique des phénomèmes d'auscultation par la considération de l'état général des sujets.

8° *Organes digestifs.* — Les organes digestifs ne fournissent presque aucun signe qui serve au pronostic, cependant le plus ou moins de sécheresse ou d'humidité de la langue n'est pas un signe indifférent, et l'on doit toujours être préoccupé de l'issue d'une pneumonie lorsque la langue devient sèche et lorsqu'elle s'encroûte ainsi que les dents de fuliginosités.

9° *Urine.* — D'après les faits que j'ai exposés précédemment avec

quelque détail, on conçoit que l'examen de l'urine puisse souvent éclairer le pronostic de la pneumonie. Toutes les fois, en effet, que pendant la période aiguë de la maladie, l'urine fournira spontanément un dépôt *abondant*, lorsque surtout, traitée par l'acide nitrique, elle se troublera et donnera un précipité, il est à espérer que le malade guérira, mais il convient, dans tous les cas, de s'assurer de la nature du précipité. Si c'est de l'albumine, si ce produit se montre abondamment et d'une manière continue, l'existence d'une maladie de Bright étant probable, quand même il n'y aurait pas d'œdème, le pronostic, loin d'être favorable, doit au contraire être plus sérieux. A l'époque où j'étudiais l'état de l'urine dans la pneumonie, j'observai deux malades atteints de cette affection, dont l'urine traitée par l'acide nitrique et par la chaleur, fournit un coagulum abondant ; l'absence d'œdème, de douleurs de reins, un état de santé parfaite, dans un cas du moins, ne me firent point soupçonner d'abord que les reins pussent être le siége d'une altération profonde ; je regardai, en effet, cet état de l'urine comme l'indice d'une terminaison heureuse, mais je ne tardai pas à être détrompé, lorsque je vis les symptômes s'aggraver, bien que l'urine continuât à donner de l'albumine ; c'est alors que mon attention fut fixée du côté des reins : l'autopsie démontra, en effet, vers ces organes une augmentation de volume avec hypertrophie et transformation jaune de la substance corticale, ainsi que décoloration de la substance mamelonnée. Rappelons ici qu'après l'application d'un vésicatoire, on peut trouver de l'albumine dans l'urine, mais elle n'y est que passagèrement, par le fait d'une circonstance accidentelle, il n'y a donc rien à en conclure sous le rapport du pronostic.

§ 15. — **Marche et terminaisons.**

Il est presque inutile de dire que le pronostic est favorable lorsqu'on voit les symptômes généraux et locaux diminuer simultanément d'intensité. On devra également espérer une issue favorable de la maladie, lorsque les symptômes généraux se seront amendés tous seuls, lorsque, par exemple, le pouls aura beaucoup perdu de sa fréquence, la peau de sa chaleur, lorsque le facies ne sera plus altéré et que les forces seront moins prostrées. Dans ces cas, le pronostic devra être favorable, alors même qu'on ne remarquerait encore aucune amélioration dans l'état local. Nous avons même dit précédemment que quelquefois les symptômes généraux pouvaient diminuer, quoique les phénomènes d'auscultation fussent perçus

sur une plus grande surface. Aussi j'établis comme règle, que pour fixer sûrement le pronostic de la pneumonie, le médecin doit d'abord avoir égard à l'état général du sujet, l'état local n'étant presque qu'un élément accessoire pour déterminer l'issue probable qu'aura la maladie. C'est ainsi que le pronostic sera incertain dans les cas où l'auscultation et la percussion indiquant une diminution dans l'engorgement pulmonaire, les symptômes généraux seront restés stationnaires. Le pronostic sera fâcheux si, en même temps que les symptômes locaux se sont améliorés, on note une aggravation dans les phénomènes généraux : plusieurs de mes observations particulières justifient ces conclusions. Quatre malades présentaient tous les signes physiques d'une pneumonie très-grave arrivée partout au deuxième degré, les symptômes généraux étaient en rapport avec la gravité des phénomènes locaux ; du dixième au douzième jour, ces derniers parurent s'améliorer, le souffle tubaire diminua ou disparut même complétement, il fut remplacé par un commencement d'expansion pulmonaire, et quoique la matité fût encore considérable, elle était certainement moins complète que dans les jours précédents ; cependant les symptômes généraux étaient en désaccord avec cet état local, car le pouls avait conservé sa fréquence, la peau sa chaleur vive et sèche, les traits s'étaient altérés davantage, et les forces étaient plus prostrées que la veille ; aussi n'hésita-t-on point à porter un pronostic très-fâcheux. Tous ces malades, en effet, ont succombé, et l'autopsie a démontré une hépatisation grise d'une portion considérable du poumon ; dans deux cas, la perméabilité des vésicules les plus superficielles expliquait le murmure respiratoire qui avait été perçu dans les derniers jours ; mais chez les deux autres sujets l'hépatisation était tellement générale qu'il était difficile d'expliquer le phénomène. Concluons donc que, lorsque, dans le cours d'une pneumonie, on voit les phénomènes locaux diminuer en même temps que les symptômes généraux augmentent d'intensité, s'il n'y a aucune complication capable d'expliquer cette aggravation, on devra porter un pronostic fâcheux, car il est probable que la maladie passe alors à l'état d'hépatisation grise.

Une amélioration dans l'état général et dans l'état local est toujours chose favorable, cependant il importe de dire ici qu'aux deux extrêmes de la vie et plus spécialement chez les vieillards il ne faut réellement espérer que lorsque l'amélioration s'accroît pendant quelques jours de suite, car on ne saurait oublier qu'à cet âge il est très-commun d'observer du jour au lendemain des alternatives en bien ou en mal, il faut donc que le médecin n'ait con-

fiance, il faut qu'il n'espère que lorsque le mieux est parfaitement établi.

Il est inutile de dire que toutes les fois que l'état général et local fera soupçonner le troisième degré, le pronostic sera excessivement grave.

La présence d'un abcès pulmonaire aggrave toujours le pronostic de la pneumonie ; car il peut, en s'ouvrant dans la plèvre, être la cause du développement d'une pleurésie presque nécessairement mortelle ; ou bien, s'il est évacué par les bronches, il peut, lorsqu'il a une certaine étendue, épuiser les forces et occasionner tous les symptômes de la fièvre hectique.

Il est évident que la gravité sera en raison directe de l'étendue du foyer et de l'abondance de la suppuration ; cependant il peut arriver, comme dans le fait rapporté par Robert, que l'expectoration purulente diminue ou cesse pour être remplacée par des crachats simplement muqueux ; cependant l'amaigrissement, le dévoiement et les autres symptômes colliquatifs persistant, le pronostic continuera à être grave.

La mort serait presque inévitable si la pneumonie se terminait par une gangrène même très-circonscrite. Cependant comme on possède aujourd'hui des cas de gangrène pulmonaire dont l'issue n'a pas été funeste, on ne devrait peut-être pas considérer comme étant voués à une mort certaine les malades qui présenteraient les signes de cette terminaison. Nous verrons plus bas ce qu'il faut augurer lorsque la pneumonie passe à l'état chronique.

§ 16. — **Complications.**

Sauf quelques rares exceptions, on peut établir d'une manière générale, que le pronostic de la pneumonie est d'autant plus fâcheux, qu'on voit la maladie se compliquer d'une ou plusieurs autres affections. Ici la gravité du pronostic est proportionnée à la gravité et au nombre des complications qu'on observe.

1° *Complications du côté des organes respiratoires.* — Le catarrhe pulmonaire n'aggrave pas le pronostic de la pneumonie, à moins qu'il ne soit intense et très-étendu. Il peut alors constituer la maladie principale, comme on l'observe souvent chez les jeunes sujets qui sont atteints de pneumonie lobulaire.

D'après Laennec (1), la pleurésie jointe à la pneumonie n'augmenterait pas le danger de cette dernière ; elle le diminuerait plutôt

(1) Tome II, p. 532.

en modérant l'orgasme inflammatoire par la compression qu'exerce sur le poumon malade le liquide épanché dans la plèvre. Laennec ajoute que la pleuropneumonie lui paraît moins dangereuse que la pleurésie ou la péripneumonie simple; mais si l'on se rappelle ce que j'ai établi précédemment, que l'épanchement pleurétique ne m'a paru ni modérer ni circonscrire l'inflammation pulmonaire, je crois que son existence ne saurait en rien modifier le pronostic de la pneumonie; que celle-ci doit toujours être considérée comme grave du moment qu'elle occupe une grande partie du poumon, quand même on serait certain qu'elle coexiste avec un vaste épanchement pleurétique.

2° *Complications cardiaques.* — Je n'ai rien à dire de particulier. Ici le pronostic de la pneumonie est toujours aggravé par l'apparition des symptômes morbides du côté du cœur, du péricarde ou des gros vaisseaux.

3° *Complications cérébrales.* — De toutes les complications qu'on observe dans le cours de la pneumonie, le délire est une de celles qui doit inspirer les craintes les plus sérieuses sur l'issue de la maladie. En effet, sur les 27 malades qui furent affectés de délire, 8 seulement ont survécu. Mais je ne parle ici que d'un délire plus ou moins continu, et nullement du trouble qu'éprouvent momentanément les facultés intellectuelles pendant les paroxysmes du soir et de la nuit. Ce n'est là, en effet, qu'un phénomène qui m'a paru n'avoir qu'une médiocre importance, et dont la valeur pronostique me semble tout à fait nulle. Il faut également faire la part des idiosyncrasies, car il y a des individus qui délirent dès qu'ils sont malades, c'est ce qu'on observe très-communément chez les femmes et chez les enfants. A part ces dispositions individuelles qui enlèvent au phénomène délire toute son importance pronostique, dans tous les autres cas, cet accident indique un danger plus ou moins grand, quelles que soient d'ailleurs sa forme et sa nature, M. Rayer (1) dit avoir vu chez les ivrognes un délire qui avait apparu tout d'un coup céder facilement à l'opium. La chose arrive en effet quelquefois ainsi; mais le délire diminuant ou cessant, la pneumonie n'en continue pas moins sa marche dans la plupart des cas. Toutes choses égales d'ailleurs, le délire qu'on observe chez les ivrognes me paraît moins grave que celui qui affecte les individus sobres, parce que nous possédons des moyens plus efficaces pour le combattre, et qu'il se lie bien moins souvent que le premier à l'existence d'une méningite. Quant au délire qui

(1) *Bulletin de l'Acad. roy. de méd.* Paris, 1840, t. IV, p. 446.

persiste parfois pendant la résolution de la pneumonie, il paraît n'offrir aucune gravité, car, dans presque tous les cas que l'on connaît, il a presque toujours cédé spontanément.

Ce que je viens de dire du délire s'applique aussi au coma lorsqu'il est très-prononcé. Les convulsions qu'on n'observe guère que chez les enfants, et plus spécialement pendant la dentition, sont une complication plus grave encore que le délire.

4° *Complications du côté des voies digestives et des voies biliaires.* — Parmi les accidents qui peuvent aggraver le pronostic, surtout chez les enfants, je citerai une diarrhée abondante et rebelle. L'ictère qui se déclare dans le cours de certaines pneumonies occupant surtout le lobe inférieur droit ne me paraît pas augmenter sensiblement la gravité du pronostic.

§ 17. — Formes.

Nous avons vu que la pneumonie ne présentait pas toujours la même physionomie. Quelquefois elle est accompagnée d'une série de symptômes qui en changent l'aspect, qui en modifient la marche, qui influent de la sorte sur son issue favorable ou funeste, et doivent par conséquent fournir des éléments nouveaux sur le jugement que le médecin doit porter.

Il est évident que, toutes choses égales d'ailleurs, une pneumonie franchement inflammatoire, dégagée de toute complication, offrira plus de chances de salut au malade qu'une pneumonie qui se compliquera de quelque élément insolite du côté d'un des organes importants.

Parmi les formes de pneumonies que j'ai précédemment admises et étudiées en particulier je signalerai la forme typhoïde comme étant peut-être la plus grave de toutes. Si l'on pouvait se fier à l'exactitude du tableau qu'Ozanam a publié sur la mortalité produite par les principales maladies qui ont régné épidémiquement, on verrait que la pneumonie maligne a été l'une des plus meurtrières, puisque le chiffre de la mortalité aurait été de 70 pour 100; c'est-à-dire que la pneumonie typhoïde épidémique aurait été presque aussi souvent fatale que la fièvre jaune ou que la peste. Cependant je ne pense pas qu'on puisse accepter ces chiffres avec confiance, attendu, comme je l'ai déjà dit, que, sous le titre de pneumonie maligne, les anciens auteurs ont probablement confondu des maladies très-diverses. A l'état sporadique, la pneumonie typhoïde est également l'une des formes les plus graves; j'ai vu succomber le quart des malades qui en furent affectés. Elle

est à redouter surtout lorsque surviennent des accidents *ataxo-adynamiques*. Il en est de même lorsque le délire est violent, lorsque les malades se livrent à des vociférations, à des violences envers les personnes qui les soignent ; car alors le péril est extrême.

Si les accidents adynamiques prédominent, le danger sera proportionné à la prostration des forces ; plus celle-ci est considérable et plus aussi les lésions secondaires seront nombreuses et graves. Quelques-uns des symptômes qui accompagnent parfois la forme adynamique, tels que les selles involontaires, les pétéchies, et surtout les eschares, viennent encore ajouter à la gravité du pronostic.

La pneumonie franchement intermittente ne présente communément aucun péril ; si on lui oppose à temps le remède spécifique, il sera facile d'en arrêter la marche. La fièvre remittente pneumonique offre un danger beaucoup plus grand ; toutefois il est assez rare qu'elle emporte les malades dès les premiers accès ; cela n'a généralement lieu qu'autant que de nouveaux accidents se déclarent, lorsque, par exemple, indépendamment des symptômes pneumoniques, il survient du délire, du coma, de l'algidité, etc. Il importe, dans tous les cas, d'enrayer leur marche le plus tôt possible, attendu qu'au fur et à mesure que les accès se reproduisent, l'altération des poumons devient plus étendue, plus profonde, et se trouve alors moins attaquable par les antipériodiques.

Je n'ai vu succomber aucun des malades qui furent affectés d'une pneumonie bilieuse simple. La guérison fut toujours chez eux extrêmement rapide, presque *instantanée* pour ainsi dire, si le praticien saisissait habilement l'indication évacuante. Mais est-ce à dire que telle doit être toujours la terminaison de la pneumonie bilieuse ? Je ne le crois pas. Il est en effet telle constitution médicale, et les auteurs en rapportent de nombreux exemples, où la forme bilieuse, surtout si l'on ne sait pas saisir à propos l'indication spéciale qu'elle réclame, dégénère, se transforme en pneumonie typhoïde ou maligne, comme Stoll, J. Frank et plusieurs autres paraissent l'avoir observé plusieurs fois.

La broncho-pneumonie est d'un pronostic plus grave que la pneumonie vulgaire ou phlegmoneuse. Certainement, il faut faire la part de l'âge ou très-tendre ou très-avancé de la plupart des malades, ainsi que des conditions au milieu desquelles la maladie survient, puisque la broncho-pneumonie est souvent une affection consécutive ; mais indépendamment de toutes ces circonstances si fâcheuses, au point de vue du pronostic, il y a un élément de gravité qui tient à la nature de l'affection, à quelque chose peut-être

que nous ne pouvons saisir, mais qui provoque un état anatomique qu'il nous est possible d'apprécier. En effet, ces congestions du parenchyme, ces stases sanguines qui, en se répétant, apportent dans le tissu des changements de texture notamment des noyaux indurés et friable, la généralisation de ces lésions rarement limitées à un poumon, mais qui le plus communément occupent les deux organes à la fois, expliquent la gravité exceptionnelle de la broncho-pneumonie. Gillette dit que sur 22 pneumonies lobaires traitées par lui à l'hospice de la Salpêtrière, 11 succombèrent, tandis que sur 28 broncho-pneumonies observées dans les mêmes lieux et peut-être dans le même temps on ne compta que 11 guérisons.

Non-seulement le pronostic est plus grave en raison de la mortalité plus grande, mais il l'est aussi parce qu'il est plus difficile de calculer la marche de l'affection qui est irrégulière, sujette à des exacerbations brusques, qui en quelques instants terminent la vie. Aussi chez le vieillard surtout le pronostic ne doit être porté qu'avec la plus grande réserve. Il faut craindre jusqu'à ce que la convalescence soit bien établie, et se garder de prendre pour telle une simple rémission dans les symptômes.

Les pneumonies latentes sont très-graves, de l'aveu de tout le monde ; mais cette gravité tient moins à la maladie elle-même qu'aux circonstances concomitantes. Nous avons vu que les pneumonies latentes s'accompagnaient souvent d'accidents graves du côté des centres nerveux, ou d'une prostration excessive, symptômes qui en ont imposé, et fait croire souvent à toute autre maladie qu'à une inflammation pulmonaire. Ces erreurs de diagnostic, le retard apporté à l'application des remèdes convenables, quelquefois même l'emploi d'une méthode de traitement inopportune, sont tout autant de circonstances qui rendent le pronostic des pneumonies latentes beaucoup plus grave.

§ 18. — **Usage des alcooliques au début.**

Dans la classe ouvrière, et souvent aussi dans la classe plus éclairée, les malades prennent au début des phlegmasies thoraciques une assez grande quantité de vin chaud aromatisé, ou divers liquides spiritueux ou excitants, dans le but de provoquer une diaphorèse, persuadés qu'ils sont pour la plupart, que leur maladie dépend d'une *transpiration arrêtée*, ou, comme ils le disent, d'une *sueur rentrée*. C'est là une pratique imprudente, que la raison et que la science réprouvent; aussi serait-on d'abord tenté de croire qu'elle devrait exercer sur la marche de la péripneumo-

nie une influence fâcheuse, et avoir peut-être même des conséquences désastreuses. Mais comme je me suis imposé l'obligation de n'admettre que ce qui se trouve démontré rigoureusement par l'observation, j'ai recueilli des faits, or voici ce qui résulte de leur analyse. Quarante-cinq malades ont bu du vin chaud sucré, la plupart n'en ont pris qu'une ou deux fois ; cinq en ont bu pendant sept, huit, neuf et dix jours de suite ; la quantité a varié entre un verre et trois litres. Sur ces quarante-cinq malades, il n'y a eu que cinq morts, la mortalité n'a donc été chez eux que d'un neuvième. Je n'en conclus pas que l'emploi des alcooliques ait été utile ; mais il reste prouvé du moins qu'ils n'ont pas eu les résultats fâcheux qu'on aurait pu prévoir ; le chiffre peu considérable de la mortalité s'explique d'ailleurs par l'âge des malades dont la majorité ne dépassait pas trente-deux ans, et parce que chez la moitié des individus dont je parle la pneumonie n'avait qu'une moyenne intensité.

Il résulte de ce qui précède que, lorsqu'un malade atteint de pneumonie nous apprendra qu'il a pris une certaine quantité de vin ou d'eau-de-vie, nous ne devrons pas, en raison de cette circonstance seulement, redouter que la maladie aura plus de gravité chez lui que s'il n'avait pas fait usage d'une boisson stimulante. Il me serait impossible de dire la quantité de vin ou de liqueurs que les malades peuvent ainsi prendre presque impunément, ni le nombre de jours pendant lesquels ils peuvent se livrer à cet écart de régime. De cinq individus qui burent du vin pendant sept, huit et dix jours, deux succombèrent; mais il serait peut-être injuste d'attribuer ce résultat exclusivement à l'usage de cette boisson, il faut plutôt reconnaître ici l'influence qu'a dû exercer l'absence de toute espèce de traitement.

Nous venons de voir que l'usage des liqueurs fermentées au début de la maladie n'a pas paru exercer d'influence fâcheuse sur l'issue de la maladie ; il ne nous semble pas non plus qu'aucun des principaux symptômes ait été sensiblement aggravé. Ayant interrogé seize malades pour savoir quelle avait été l'intensité du point de côté avant l'ingestion du vin et quelque temps après, il ne m'a pas paru qu'il y ait eu ni augmentation ni diminution dans la douleur. Plusieurs fois, lorsque le vin chaud fut bu pendant le frisson initial, il eut peut-être pour effet de rappeler la chaleur un peu plus tôt; lorsqu'il fut pris pendant l'ardeur de la fièvre, celle-ci ne subit un peu d'aggravation que chez deux individus, et dans un tiers des cas, on vit le liquide ingéré produire une diaphorèse plus ou moins abondante ; trois malades ont eu des nausées ou des vo-

missements après avoir bu le liquide stimulant, et deux éprouvèrent peu après, et pour la première fois, une céphalalgie violente. Enfin, de dix-huit malades interrogés sur l'influence que l'ingestion d'un liquide excitant avait exercée sur le malaise général, deux seulement prétendaient avoir été soulagés ; les autres n'avaient ressenti aucun effet sensible ni en bien ni en mal. On voit en définitive que si l'on peut blâmer en règle générale l'usage des liqueurs excitantes au début de la pneumonie, c'est moins dans la crainte qu'elles puissent nuire que parce qu'elles sont complétement inutiles, du moins dans la généralité des cas. Nous verrons ailleurs que les alcooliques peuvent être utiles dans certaines formes de la pneumonie, ainsi que pour prévenir et combattre le délire ébrieux.

§ 19. — Époque à laquelle le traitement fut commencé.

Une des causes sans contredit qui rend les pneumonies plus graves dans la classe pauvre que dans la classe aisée de la société, c'est que les premiers négligent trop souvent les symptômes du début, et ne viennent réclamer les secours de l'art qu'après avoir donné à la maladie tout le temps de s'accroître. Toutes choses égales d'ailleurs, le chiffre de la mortalité est d'autant plus considérable que les individus entrent à l'hôpital à une époque plus éloignée du début de la maladie, c'est ce que prouve le tableau suivant :

		Mortalité.
Chez les malades entrés	les deux premiers jours,	un treizième.
—	le troisième.....	un treizième.
—	le quatrième.....	un huitième.
—	le cinquième.....	un sixième.
—	le sixième.....	un quart.
—	le septième.....	un tiers.
—	le huitième.....	la moitié.
—	le neuvième.....	un tiers.
—	le dixième.....	un tiers.

Ce tableau n'a pas besoin d'être commenté; on voit aisément que chez les malades qui entrent dans nos hôpitaux, le pronostic est généralement d'autant plus fâcheux qu'ils viennent réclamer nos secours à une époque plus avancée de leur maladie. Il ne faut pas seulement accuser l'absence de tout traitement actif, qui a permis à la maladie de suivre sa marche ; mais on doit en outre se rappeler que les malades de la classe indigente ont été soumis pour la plupart à des conditions hygiéniques plus ou moins fâcheuses ; beau-

coup ont continué de travailler dans les premiers jours; plusieurs se sont imposé l'obligation de manger sans en avoir le désir; il en est qui, étant privés de vêtements suffisants ou habitant des chambres mal closes, ont été exposés pendant plusieurs jours de suite à un froid continu. Enfin il faut bien aussi faire la part de la fatigue que doivent éprouver des malades souvent obligés de se rendre à pied à l'hôpital, de points plus ou moins éloignés, exposés à toutes les intempéries d'un climat perfide, et dont les effets sont d'autant plus funestes que ces malheureux sont plus faibles, et arrivés à une période plus avancée de leur maladie.

§ 20. — **Pronostic des pneumonies secondaires.**

Il n'y a aucune parité à établir pour le pronostic entre les pneumonies primitives, survenant chez des sujets bien portants, et les pneumonies qui attaquent des individus déjà affaiblis depuis un temps plus ou moins long par quelque maladie aiguë ou chronique. Ces dernières, en effet, sont très-souvent mortelles.

On conçoit que le pronostic à porter sur les pneumonies secondaires doit varier, non-seulement suivant la nature de la maladie qui a précédé, mais encore suivant l'époque à laquelle la phlegmasie pulmonaire est venue la compliquer. Il faut encore ici, comme toujours, avoir égard à l'âge des sujets. Les pneumonies secondaires semblent, en effet, beaucoup plus meurtrières chez les enfants que chez les adultes. C'est ainsi que sur 81 pneumonies qui furent observées en 1837 par MM. Rilliet et Barthez à l'hôpital des Enfants, comme complication de maladies très-diverses, 77 se sont terminées par la mort. Les recherches de MM. Rufz et Gerhard, celles de Becquerel (1) prouvent encore l'extrême gravité des pneumonies secondaires dans le jeune âge, surtout dans la période qui s'étend de la naissance jusqu'à cinq ans.

Toutes choses égales d'ailleurs, et quel que soit l'âge des sujets, la pneumonie est le plus souvent mortelle, lorsqu'elle survient dans le cours d'une maladie générale, qui paraît s'accompagner d'une affection ou d'une altération primitive ou secondaire du sang. Telles sont les fièvres éruptives, les phlébites, la morve, les typhus, les affections cancéreuses et gangréneuses, la maladie de Bright, le diabète, etc. Sur neuf pneumonies survenues chez des rubéoleux adultes, six fois la maladie s'est terminée d'une manière funeste. J'ai vu succomber aussi les quatre malades qui eurent une

(1) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. IV.

pneumonie dans le cours de la variole. Enfin, dans quelques scarlatines épidémiques, surtout dans l'anasarque consécutive à cet exanthème, les pneumonies intercurrentes se sont terminées le plus communément d'une manière fatale.

Chez les enfants, les pneumonies qui sont consécutives aux fièvres éruptives fournissent un chiffre de mortalité énorme. On lit dans le travail de Becquerel que sur 21 enfants qui furent atteints de pneumonie dans le cours ou dans le déclin d'une rougeole, 20 succombèrent. Cette proportion a été incomparablement moins forte pour les autres fièvres éruptives. Rien de plus grave aussi dans le jeune âge qu'une pneumonie survenant dans le cours d'une coqueluche, surtout lorsque le sujet est déjà épuisé. La pneumonie qui complique le croup est aussi tellement grave que beaucoup l'ont considérée comme une contre-indication presque absolue à la trachéotomie. Je ne saurais admettre cette proposition. La trachéotomie peut sauver des enfants, même lorsqu'il existe une pneumonie double; c'est ce que nous avons vu, il y a environ dix-huit ans, à l'hôpital Saint-Antoine, avec notre ami le professeur Nélaton. Une petite fille de quatre à cinq ans, atteinte d'un croup asphyxique, présentant les signes physiques les plus manifestes d'une pneumonie *peut-être* double, guérit néanmoins après la trachéotomie; ce fait nous frappa d'autant plus vivement que toutes les opérations faites jusqu'alors sur des enfants, il est vrai beaucoup plus jeunes, avaient toujours été suivies d'insuccès.

Les pneumonies qui surviennent quelques jours après l'opération de la trachéotomie sont non moins graves que les précédentes; elles peuvent guérir pourtant, quoiqu'on ait prétendu le contraire; mais on comprend qu'un pareil succès doit être fort rarement obtenu si la phlegmasie se déclare dans les premiers jours qui suivent l'opération. Les chances heureuses sont d'autant plus grandes que la complication survient à une période plus avancée de la convalescence.

Je n'ai pas besoin d'insister ici sur la gravité des pneumonies qui affectent les individus atteints de fièvre typhoïde; pour peu que la maladie ait une certaine étendue, elle sera la cause principale de la mort, ou bien elle en accélérera beaucoup le terme dans les sept huitièmes au moins des cas.

Je n'ai jamais vu guérir les pneumonies qui sont survenues chez les individus portant un cancer arrivé à cette période de cachexie où la constitution tout entière est profondément altérée. Le même résultat a eu lieu pour les pneumonies compliquées de phlébite spontanée ou traumatique. Enfin six malades affectés de mala-

die de Bright, chez lesquels une pneumonie survint comme complication, succombèrent tous très-rapidement à la maladie intercurrente; quatre de ces malades étaient déjà très-affaiblis et infiltrés; deux autres n'avaient jamais eu d'œdème et se livraient encore à leurs occupations, mais l'un d'eux avait un peu maigri et pâli depuis deux mois; cependant l'urine de l'un et de l'autre était fortement albumineuse. M. Rayer cite également (1) l'observation d'un individu de quarante-six ans, *athlétique*, qui sortit, après un séjour de trois mois à l'hôpital, guéri d'une anasarque, avec urine albumineuse; il avait toutes les apparences de la santé; mais dès le lendemain de sa sortie, il fut pris de pneumonie, et rentra dix jours après dans le même service; il était agonisant. A l'autopsie on trouva une hépatisation grise du lobe supérieur du poumon droit, et les reins offrirent les caractères anatomiques ordinaires de la maladie de Bright. Ce fait, ainsi que les deux que j'ai recueillis moi-même devront inspirer des craintes sérieuses sur l'issue d'une pneumonie qui affecterait un sujet en apparence bien portant, mais chez lequel on reconnaîtrait, par l'examen de l'urine, l'existence d'une maladie de Bright.

M. Rayer professe le même opinion (2) : pour lui aussi la pneumonie survenant dans le cours de la maladie de Bright serait mortelle dans la plupart des cas. Ici la phlegmasie intercurrente est grave, non-seulement parce qu'elle semble emprunter quelque chose de particulier aux conditions dans lesquelles elle se développe, mais encore parce qu'elle est quelquefois méconnue à son début, et que l'état d'épuisement de la constitution rend souvent les saignées inefficaces ou inapplicables.

Ce que je dis de l'albuminurie s'applique au moins autant au diabète. Chez les diabétiques, en effet, même chez ceux qui conservent une santé apparente, la pneumonie a une gravité exceptionnelle; elle guérit pourtant; j'en ai vu assez récemment un très-remarquable exemple, avec mes confrères les docteurs Mesnet, Archambault et Motet, sur un des artistes les plus éminents de la Comédie-Française. Redisons encore que la guérison, dans ce cas, est toujours exceptionnelle, et si la pneumonie frappe un diabétique amaigri, épuisé, elle le tue alors presque inévitablement et d'une manière très-prompte.

Les maladies organiques du cœur, lorsqu'elles ne sont pas encore très-avancées, ne semblent pas devoir aggraver beaucoup le

(1) *Traité des maladies des reins*. Paris, 1840, t. II, p. 292, obs. XXXVIII.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 293.

pronostic des pneumonies intercurrentes. Sur six individus qui étaient affectés d'hypertrophie ou de rétrécissement des orifices, mais qui pouvaient encore vaquer à leurs occupations, un seul a succombé; l'âge du sujet, qui dépassait soixante et dix ans, explique d'ailleurs la terminaison de la pneumonie, sans avoir besoin d'invoquer sa coïncidence avec une maladie du cœur. Il n'en est plus de même lorsque la pneumonie survient chez des sujets déjà infiltrés, affaiblis, dont la dyspnée est considérable; dans ces cas, en effet, la terminaison est presque toujours fatale, car elle a peut-être lieu dix-huit fois sur vingt. La pneumonie qui affecte les aliénés en démence et paralysés est mortelle dans une proportion peut-être encore plus considérable que lorsqu'elle survient à une période avancée des maladies du cœur. Quant à la gravité de la maladie qui atteint les maniaques, il ne paraît pas qu'elle diffère beaucoup de celle des pneumonies ordinaires primitives.

Ce que je viens de dire des maladies du cœur s'applique aussi à la phthisie pulmonaire. Il est évident que lorsqu'une pneumonie affecte un phthisique déjà très-affaibli, et qui n'a plus que quelques semaines à vivre, l'inflammation intercurrente précipite le terme fatal; il n'en est plus de même pour les pneumonies qui surviennent à une époque moins avancée de la phthisie, pendant que les malades ont encore assez de force pour continuer à se livrer, au moins en partie, à leurs occupations. Ces pneumonies sont communément peu graves; je n'ai vu succomber aucun des individus, au nombre de dix, qui en furent affectés. M. Louis est arrivé aux mêmes conclusions; il dit en effet que la péripneumonie survenant chez des phthisiques qui ont encore de l'embonpoint et des forces, guérit presque constamment, bien qu'il y ait déjà des excavations tuberculeuses (1). M. Andral (2) a fait la même remarque; il ajoute que la pneumonie des phthisiques semble moins fâcheuse par son danger actuel que par la funeste influence qu'elle exercerait sur les tubercules dont elle favoriserait la multiplication et le ramollissement. Certainement cette crainte n'est pas tout à fait chimérique; rappelons toutefois ce que j'ai dit précédemment, que la pneumonie n'avait pas eu, dans la plupart des cas du moins, ce résultat fâcheux.

Dans toutes les autres maladies organiques, la gravité du pronostic sera en raison directe de la durée de la maladie première,

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 243.
(2) *Clinique médicale*, t. III, p. 529.

de l'affaiblissement qu'elle a produit et de sa nature. On aura aussi égard aux causes qui ont présidé au développement de la pneumonie ; si celle-ci est survenue passivement, par l'influence du décubitus, on ne devra presque plus conserver d'espoir. Enfin, si par l'état de faiblesse des malades, ou par le siége qu'occupe l'affection première, il est impossible de recourir à l'un des modes de traitement dont l'expérience a consacré l'utilité, ce sera encore une nouvelle raison pour rendre le pronostic très-fâcheux.

§ 21. — **Pronostic de la pneumonie chronique.**

La pneumonie chronique est une des affections les plus graves, si grave en effet que lorsqu'elle est parfaitement constituée, elle me semble au-dessus des ressources de l'art. Lorsque, en effet, le tissu pulmonaire, devenu très-dense, dur, imperméable, ne présente plus de granulations à la coupe ni à la déchirure, lorsque surtout la surface des incisions présente ces lignes cellulo-fibreuses dont j'ai parlé souvent, je crois que la résolution est alors à peu près impossible.

Si quelques personnes disent avoir guéri des pneumonies chroniques, c'est que le plus souvent, d'après la remarque fort juste de M. Charcot, elles ont considéré comme telles des pneumonies aiguës à évolution lente, ou plutôt des pneumonies aiguës à résolution tardive, qui n'avaient jamais, à proprement parler, dépouillé complétement les caractères de l'état aigu.

CHAPITRE XVI

TRAITEMENT.

Si on a lu avec quelque attention l'histoire symptomatique de la pneumonie, on se sera convaincu que la maladie ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères. Sans parler des différences que l'âge, la constitution forte ou faible des individus, l'état antérieur de la santé nous ont fait découvrir, on a vu également que sous l'influence des idiosyncrasies, des localités, des constitutions médicales ou de toute autre cause, souvent insaisissable, la pneumonie pouvait se montrer avec une physionomie différente. L'apparition d'accidents nouveaux, ou bien l'exagération de quel-

ques-uns des symptômes qui sont habituellement peu marqués, et qui dominent alors les symptômes thoraciques, donnent une physionomie nouvelle à la maladie; ils indiquent des changements quelquefois complets dans la thérapeutique, ou du moins ils deviennent le plus souvent la source d'indications nouvelles. En n'ayant égard qu'à l'histoire des symptômes de la pneumonie, on est donc naturellement conduit à croire qu'on ne pourrait sans danger opposer à cette maladie une méthode uniforme de traitement. Une opinion contraire n'a pu être soutenue que par quelques empiriques, qui croient trop aisément aux vertus spécifiques de nos agents thérapeutiques, et qui, réduisant la science si difficile des indications à la connaissance d'une recette ou d'une formule, suivent ensuite leur routine aveugle, préoccupés exclusivement de l'affection locale, sans s'inquiéter des conditions individuelles ou extérieures, qui, en modifiant la forme de la maladie, indiquent des changements analogues dans la thérapeutique.

Lorsqu'on consulte l'expérience des grands maîtres dont la science s'honore, et lorsqu'on observe soi-même la nature, on peut se convaincre facilement combien est erronée l'opinion de ceux qui croient qu'il existe un remède pour chaque maladie, et que la saignée est le spécifique de la pneumonie; c'est là, je le répète, une idée fausse. Si l'on veut n'être point démenti par l'observation des faits, on doit admettre seulement qu'il y a des agents thérapeutiques qui sont plus spécialement applicables que d'autres au traitement de la pneumonie; mais il serait dangereux de supposer que la maladie dont je parle réclame nécessairement l'emploi d'une médication quelconque, et à plus forte raison on ne saurait soutenir qu'on doive toujours employer contre elle le même agent thérapeutique, réduit en recette ou exprimé par certaines formules qu'on appliquerait aveuglément à tous les sujets. Une pareille manière de procéder exposerait à des mécomptes dans la pratique, même dans les cas de maladies spécifiqnes contre lesquelles nous possédons parfois un médicament d'un effet presque certain. Il doit en être à plus forte raison de même pour la pneumonie, à laquelle nous ne pourrons probablement jamais opposer de moyen spécifique, et dont tout le traitement consiste à savoir saisir à propos l'opportunité d'un remède, d'après la considération de toutes les circonstances individuelles ou extérieures qui modifient profondément la forme et le génie des maladies. Ces principes ne sont pas nouveaux; ils ont dirigé et ils dirigent encore la conduite de tous les vrais praticiens; la foule ignorante, au contraire, a toujours donné la préférence aux méthodes exclusives, aux recettes, aux for-

mules; c'est-à-dire à cette médecine d'empiriques, si simple en vérité qu'elle reste à la portée des plus pauvres intelligences.

Les méthodes de traitement qu'on a conseillées contre la pneumonie sont nombreuses. Les agents thérapeutiques qu'on a mis en usage peuvent être distingués en moyens *essentiels*, immédiatement dirigés contre la maladie elle-même, et en moyens *adjuvants*, destinés à aider l'action des premiers, ou à combattre quelque symptôme isolé. Je tâcherai, à l'aide de la méthode que nous avons suivie jusqu'à présent, d'apprécier l'influence des principaux moyens de traitement, relativement à la mortalité, à la marche lente ou rapide de la maladie; et je m'efforcerai de préciser les modifications qu'ils doivent éprouver dans les différents cas individuels qui se présentent dans la pratique. Je n'espère pas résoudre toutes les questions qui se rattachent à ce vaste sujet, mais je tâcherai de présenter au lecteur un résumé, le plus fidèle que je pourrai, des faits que j'ai observés. Si quelquefois j'arrive à des conclusions contraires à celles de quelques auteurs, j'en rechercherai la cause en discutant avec soin et avec une entière indépendance les observations sur lesquelles ils s'appuient.

ARTICLE PREMIER.

DE LA SAIGNÉE.

Depuis l'origine de l'art, les évacuations sanguines ont été le moyen principal et le plus souvent même unique à l'aide duquel les praticiens de tous les pays ont combattu les maladies aiguës de poitrine, et la pneumonie en particulier. Il n'est peut-être aucune affection contre laquelle les saignées aient été employées aussi largement et à des intervalles aussi rapprochés que dans les inflammations de la plèvre et des poumons. On peut même dire que l'abus qu'ont fait de ce moyen puissant quelques médecins modernes, aussi bien que la proscription dont d'autres ont voulu frapper la saignée ne sont point chose nouvelle. A toutes les époques, en effet, on a vu des médecins qui, les uns prodiguaient la saignée, l'employant à outrance et avec une sorte de fanatisme, tandis que d'autres, théoriciens hérétiques de la médecine, comme Laennec les désigne (1), s'efforçaient de la bannir de la thérapeutique. Mais grâce à Dieu, il y a toujours eu des esprits sages qui combattirent par leurs écrits comme par leur pratique ces idées exclusives. L'histoire du

(1) *Auscultation médiate*, t. I, p. 593, 4e édition.

passé nous apprend donc que les saignées excessives comme l'expectation, tour à tour employées à l'exclusion des autres médications, n'ont pas produit des succès tellement nombreux, que l'une ou l'autre de ces méthodes ait dû être acceptée d'une manière exclusive par tout le monde. Cette connaissance devait peut-être préserver l'humanité de nouveaux expériments ; mais par malheur, l'esprit humain profite assez peu des enseignements du passé : aussi Bordeu a-t-il prédit, il y a un siècle déjà (1), qu'on verrait encore dans la suite quelques esprits singuliers, qui, ressuscitant de vieilles erreurs, remettront en vogue, les uns l'usage abusif des saignées, tandis que d'autres voudront les proscrire tout à fait. Bordeu avait raison, car nous sommes arrivés à l'époque que ce grand médecin a prédite. Aujourd'hui, en effet, nous voyons des personnes qui, fidèles à la pratique d'Izès, comme lui saignent à outrance (2), tandis qu'à côté d'eux et donnant dans un excès contraire, sont quelques médecins assez convaincus de l'inutilité des saignées dans la pneumonie pour s'en abstenir complétement dans le traitement de cette redoutable maladie, et qui n'emploient contre elle que l'expectation. Des idées si exclusives, des opinions si opposées dans la thérapeutique d'une maladie bien connue, comme l'est la pneumonie, sont assurément déplorables ; car ces contradictions dans la pratique sont une des armes les plus puissantes dont se servent nos détracteurs pour contester à notre belle science toute espèce de certitude ; mais qu'on cesse donc enfin de reprocher à la médecine ce qui ne dépend que des erreurs des médecins systématiques.

Pour contribuer pour ma part à préserver nos successeurs de cette sorte d'anarchie qui se reproduit ainsi périodiquement, je vais exposer ce que, dans mon opinion, nous pouvons espérer de l'emploi des saignées dans le traitement de la pneumonie. Je rechercherai d'abord ce qu'il faut penser de l'expectation comme méthode générale, et si les saignées ne doivent pas lui être préférées. Si je réponds affirmativement, nous verrons si l'on peut saigner indifféremment, dans tous les cas de pneumonie, à toutes les périodes et à tous les degrés ; je déterminerai ensuite comment et où il faut saigner, je dirai jusqu'à quel point on peut déterminer d'avance le nombre de saignées à pratiquer et la quantité de sang qu'il faut extraire ; enfin j'exposerai les effets immédiats que les émissions

(1) *Œuvres complètes* (*Recherches sur le pouls*), édition de Richerand, t. I, p. 399.

(2) Bordeu, *Œuvres*, t. II, p. 604.

sanguines ont eus non-seulement sur la marche et sur l'issue de la pneumonie, mais encore sur la durée des principaux symptômes. C'est seulement après cet exposé complet qu'on pourra avoir une idée de la valeur du traitement des pneumonies par les émissions sanguines.

§ 1er. — De l'expectation dans le traitement de la pneumonie.

A l'époque où parut la première édition de ce livre, nul ne contestait l'importance d'une intervention active dans le traitement de la pneumonie; on ne connaissait guère, du moins à Paris, que deux médecins qui, osant s'élever contre la pratique de tous, recommandaient l'expectation : c'étaient Biett et Magendie. Le premier, voué à l'étude des maladies de la peau, n'avait guère d'autorité en dehors de cette spécialité; d'ailleurs, il n'avait rien publié et l'on ne connaissait les résultats de sa pratique de l'hôpital, nécessairement fort restreinte, que par des bruits vagues, par des on dit qui ne pouvaient avoir grande valeur auprès de ceux qui exigent des preuves. Quant à Magendie, nous le regardions tous comme un expérimentateur hardi, habile et sagace ; mais c'était un médecin fort médiocre, sceptique en toutes choses, surtout en thérapeutique. On avait d'ailleurs d'autant moins de confiance dans ses affirmations qu'il était de notoriété à l'Hôtel-Dieu, que ses pneumoniques mouraient dans ses salles à peu près comme ailleurs. L'expectation qu'il recommandait était, il est vrai, souvent violée par ses internes qui lui substituaient volontiers à son insu la saignée et l'émétique; Biett et Magendie ne firent donc point de prosélytes chez nous. Cependant ces rumeurs de prétendus succès par l'expectation seule, bourdonnant sans cesse à mes oreilles, m'engagèrent, en 1840, à me livrer à quelques expériments. Intimement convaincu comme je l'étais alors, et comme je le suis encore aujourd'hui, de l'utile intervention de l'art, je ne pouvais songer, pour satisfaire une vaine curiosité, à abandonner aux seules forces de la nature des pneumonies graves, par conséquent d'une issue incertaine, pneumonies contre lesquelles nous sommes tous portés à agir lorsque nous avons la foi médicale. Mais tout en faisant même une large part à l'imprévu, nul ne contestera qu'il est des pneumonies manifestement bénignes, n'offrant au médecin aucune indication urgente à remplir, et dont on peut presque à coup sûr prédire l'heureuse issue, quoi qu'on fasse, pourvu que les malades soient placés dans des conditions hygiéniques convenables. Ce furent de pareilles pneumonies que je songeai

à traiter par l'expectation, et pour avoir un point de comparaison aussi rigoureux que possible, je choisis un nombre à peu près égal de pneumonies non moins bénignes que les précédentes, mais auxquelles j'opposai pourtant un traitement relativement actif. Je ne comptais certes pas pouvoir résoudre aux yeux de tous le problème qu'on posait ailleurs, mais cependant il me semblait que s'il résultait de l'analyse de mes observations et de leur comparaison qu'un des deux traitements expérimentés soulageait plus vite et guérissait en moins de temps que l'autre, on pouvait le considérer comme étant le plus avantageux, et l'on pouvait légitimement supposer aussi que s'il avait sur la marche de la maladie une pareille influence il ne devait non plus être indifférent relativement à l'issue bonne ou mauvaise.

Les pneumonies bénignes auxquelles je n'opposai qu'une médication expectante furent au nombre de 11 ; toutes furent observées pendant l'année 1840. A l'exception d'un malade âgé de cinquante-six ans, tous les autres étaient jeunes, bien constitués et arrivés, terme moyen, au quatrième jour d'une pneumonie parfaitement caractérisée par la nature de l'expectoration ainsi que par les phénomènes d'auscultation. La pneumonie avait une étendue variable, mais toujours pourtant assez circonscrite et bornée à l'un des poumons; chez neuf des malades elle était parvenue au degré d'hépatisation rouge, tandis que chez les deux autres elle n'avait pas encore franchi le premier degré qu'elle n'a même point dépassé plus tard.

Le traitement ne consista chez ces neuf malades que dans le repos au lit, dans l'usage de boissons douces, dans l'abstinence de tout aliment; la liberté du ventre fut entretenue par des lavements simples, et très-exceptionnellement on administra une seule fois 15 grammes d'huile de ricin. Voyons quelle fut chez ces individus aussi peu activement traités la marche suivie par la maladie et par chacun des principaux symptômes.

1° Les crachats sont restés caractéristiques, ils ont présenté la couleur rouille ou jaune, terme moyen, jusqu'au neuvième jour (bien près de dix) de la maladie. 2° Le point de côté a persisté plus longtemps encore; quoiqu'il se fût amendé plus ou moins au bout de quatre à cinq jours, il n'a pourtant jamais cédé avant la fin du septième; plusieurs fois il s'est prolongé jusqu'au vingtième, vingt-cinquième ou vingt-septième jour; il a eu une durée moyenne de quinze jours. Chez quatre individus, je fus forcé, à cause de la persistance de ce symptôme, même après la cessation de la fièvre, de recourir à l'application de deux ou trois ventouses scarifiées qui

l'enlevèrent chez trois, tandis que chez le quatrième la douleur ne céda qu'à un vésicatoire, dont la suppuration fut entretenue pendant trois ou quatre jours. 3° Le mouvement fébrile qui d'ailleurs ne fut jamais très-considérable n'a guère disparu que vers le dixième jour. 4° Enfin les phénomènes d'auscultation n'ont commencé à décroître qu'à la fin du deuxième septénaire, c'est-à-dire quatre ou cinq jours après la cessation de la fièvre, ils ont d'ailleurs persisté à divers degrés jusqu'au vingt-deuxième ou trentième jour, époque à laquelle le poumon parut avoir repris toute sa perméabilité. Le commencement de la convalescence de ces malades put être fixé au onzième ou douzième jour, car c'est alors que la fièvre ayant complétement cessé depuis vingt-quatre heures au moins, je pus commencer à leur accorder des potages ou quelques aliments solides.

Il résulte de l'analyse de ces observations que dans les pneumonies bénignes traitées par les émollients, les symptômes locaux de la maladie et la douleur surtout ont eu une durée très-longue, tout à fait disproportionnée avec l'intensité de la fièvre et avec l'étendue de la maladie. Une circonstance également remarquable, est la lenteur avec laquelle s'est résolu l'engorgement pulmonaire, quoiqu'il ne s'étendît certainement pas à une grande profondeur : on aura remarqué en effet qu'il y a eu un intervalle de quatre jours environ entre la *cessation complète* du mouvement fébrile et l'instant où les phénomènes d'auscultation *commencèrent à décroître*. Enfin on peut dire en définitive que la maladie eut une durée assez longue, eu égard au peu de gravité des symptômes généraux et des symptômes locaux.

Ces faits ne semblent donc pas favorables à l'emploi d'une médecine expectante dans le traitement de la pneumonie. Quoique aucun de mes malades n'ait succombé, il est inutile de dire que je n'attribue point cet heureux résultat à ce que je n'ai employé contre leur affection aucun moyen actif, je me l'explique plus naturellement par la bénignité des symptômes. Dans les observations que je viens d'analyser, il s'agit de pneumonies qui guérissent, quels que soient les moyens qu'on leur oppose ; ces faits sont donc favorables à toutes les méthodes, par conséquent ils ne sauraient prouver l'efficacité d'aucune d'elles (1).

(1) Je n'ai point compris le malade chez lequel la pneumonie passa à l'état chronique, car bien que cet individu n'ait pas été saigné, cependant il ne peut être assimilé aux autres malades ; il s'est traité chez lui, s'est levé, s'est exposé chaque jour au froid, il a bu beaucoup de vin, et n'est entré à l'hôpital qu'à une époque où les antiphlogistiques n'étaient plus indiqués.

Je dois maintenant comparer aux faits que j'ai analysés plus haut, une série de treize observations de pneumonies également bénignes, mais dans lesquelles le médecin est intervenu d'une manière un peu plus active. Au moment où ces malades entrèrent à l'hôpital, je reconnus que la phlegmasie était arrivée au deuxième degré chez neuf, et qu'elle n'avait pas franchi le premier, chez les quatre autres. Tous ces individus étaient jeunes, généralement bien constitués, et comparables à ceux de la catégorie précédente eu égard à l'étendue ainsi qu'à la gravité de l'affection. Contrairement à ce qui fut fait chez les premiers, on opposa à ceux-ci une médication assez active, si surtout on la compare à la bénignité des symptômes. C'est ainsi que chez tous on pratiqua une ou deux saignées générales ou locales, du premier au sixième jour, en moyenne vers le quatrième jour à dater du début. Ces évacuations sanguines n'étaient indispensables chez aucun des sujets; on aurait pu certainement s'en dispenser et abandonner la maladie à elle-même; mais on tira du sang surtout dans l'intention de diminuer le point de côté, et d'abréger peut-être la durée totale de la maladie; voyons si ce but fut atteint. 1° Les crachats cessèrent d'être caractéristiques un peu avant la fin du sixième jour de la maladie, c'est-à-dire environ quarante-huit heures après l'emploi des évacuations sanguines. 2° La douleur de côté, qui fut très-poignante chez plusieurs malades, fut constamment amoindrie par la saignée générale ou locale; ce symptôme disparut complétement et sans retour du deuxième au douzième jour, en moyenne vers le huitième. 3° Le mouvement fébrile s'était éteint tout à fait à la fin du septième jour, et l'on peut dater de ce moment le commencement de la convalescence, qui était complète vingt-quatre heures après. 4° Enfin les phénomènes d'auscultation diminuèrent en même temps que la fièvre cessait, c'est-à-dire au septième jour; chez dix sujets dont la poitrine fut explorée avec soin jusqu'à l'époque de leur sortie, on put constater que le poumon avait repris toute sa perméabilité, en moyenne vers le douzième jour.

Je sais toute la réserve avec laquelle il faut tirer des conclusions générales de faits aussi peu nombreux, cependant les observations dont je viens de présenter l'analyse, me semblent avoir une grande valeur, elles portent avec elles plus d'un enseignement. Elles déposent toutes en faveur de la médication active, par conséquent contre la méthode expectante. Nous avons vu en effet la saignée faite dans le cours de pneumonies bénignes, et qui, suivant toutes les probabilités, auraient pu guérir par les émollients seuls, avoir pour résultat manifeste de soulager les malades et d'abréger notablement

leur maladie. Chez ceux qui furent saignés les symptômes locaux comme la fièvre cédèrent beaucoup plus vite que chez les malades soumis à l'expectation; nous avons vu en effet la fièvre s'amender chez les premiers vers le septième jour, et le dixième chez les seconds. Les crachats cessèrent d'être caractéristiques le sixième jour chez les individus saignés, et le neuvième jour chez les autres; l'influence des émissions sanguines fut surtout manifeste contre la douleur pleurétique qui disparut sans retour au huitième jour, lorsqu'on lui opposa la saignée générale ou locale, tandis qu'elle dura jusqu'au quinzième lorsqu'on ne la combattit que par le traitement émollient. Nous avons même dit que quatre fois la persistance du point de côté après la cessation définitive de la fièvre, nous avait contraint de lui opposer un moyen direct, tel que ventouses ou vésicatoire. Enfin l'heureuse influence d'un traitement actif a été non moins manifeste sur le travail de résolution de la pneumonie, puisque les signes fournis par la percussion et par l'auscultation avaient cessé au septième jour chez les individus activement traités, tandis que chez les autres le tissu pulmonaire n'avait repris toute sa perméabilité qu'au quinzième jour en moyenne, et que plusieurs fois nous avons vu des signes d'engouement persister jusqu'au vingt-deuxième et trentième jour. Avec une marche si différente dans les deux séries de malades, on pouvait aisément supposer que la convalescence s'établirait aussi fort inégalement, c'est ce qui a eu lieu en effet; il a existé un bénéfice de quatre jours en faveur de ceux qui furent activement traités, et non-seulement la convalescence fut plus hâtive chez eux, mais elle fut aussi plus complète et plus rapide dans sa marche.

Les faits qui précèdent, quelque peu nombreux qu'ils soient, ont néanmoins une haute valeur en raison de leur concordance. Tous tendent à prouver qu'il est utile d'intervenir dans le traitement de la pneumonie, et d'intervenir plus activement que ne le ferait supposer de prime abord la bénignité apparente de la maladie. Certes, la conclusion serait bien plus rigoureuse si j'eusse pu expérimenter sur des cas graves; mais j'ai dit plus haut les motifs qui m'en avaient empêché. Cependant si, à côté des résultats que j'ai obtenus, on tient compte aussi de cette circonstance déjà signalée (1), que la mortalité a été d'autant plus grande que la thérapeutique est intervenue plus tardivement, on aura une raison de plus pour admettre que la pneumonie réclame une médication active, médi-

(1 Voyez, au *Pronostic*, p. 549.

cation qui sera d'autant plus efficace qu'on l'emploiera à une époque plus voisine du début.

Depuis l'année 1840, l'expectation, d'abord timidement recommandée, est devenue une méthode qu'on n'a pas craint de généraliser et d'employer à l'exclusion de toutes les autres, à l'exclusion surtout des émissions sanguines signalées comme nuisibles et même comme désastreuses. Ces opinions, nées dans les pays d'outre-Rhin, n'ont fait heureusement en France que peu de prosélytes. S'il est vrai, comme le dit Borden, qu'embrasser l'expectation ou une méthode thérapeutique active soit surtout une affaire de tempérament, et que les médecins expectateurs soient rares chez les peuples naturellement vifs, on peut prédire que cette méthode ne sera jamais prônée que fort exceptionnellement chez nous, et qu'elle n'est pas destinée à vivre longtemps chez les peuples de race latine.

Le premier document en faveur de l'expectation, venu d'Allemagne, fut publié par le docteur Dielt, en 1849 (1). Cet auteur annonçait qu'ayant traité 380 cas de pneumonies franches par diverses méthodes, savoir : 85 par la saignée, 106 par l'émétique, et 189 par les moyens simplement diététiques, il avait obtenu une mortalité de 20,4 pour 100 chez les premiers, de 20,7 pour 100 chez les seconds ; tandis que les malades soumis à l'expectation n'auraient succombé que dans la proportion de 7,4 pour 100. Poursuivant ses recherches, l'auteur a publié en 1852 (2) des documents plus étendus, où il établit que sur 750 pneumonies qui, de 1847 à 1850, ont été soumises à l'expectation, 69 seulement auraient eu une issue fatale, ce qui donnerait une mortalité un peu moindre d'un onzième.

Les mémoires du docteur Dielt ont eu un certain retentissement même en France ; les résultats indiqués par l'auteur ont été acceptés, non-seulement sans opposition, mais même avec une dose de confiance qu'en n'eût certes pas accordée au médecin de notre pays qui aurait professé des opinions aussi opposées à ce qu'enseigne toute la tradition médicale. Comment pouvoir admettre, en effet, pour peu qu'on ait observé un certain nombre de pneumonies, qu'il puisse y avoir contre cette affection une méthode exclusive de traitement, et comment croire, surtout lorsque nous voyons tant de malades être si rapidement soulagés par la saignée, d'autres être si promptement et parfois si miraculeusement soustraits par l'émétique à un péril imminent, comment

(1) *Der Aderlass in der Lungenentzündung.* Vienne, 1849, in-8.

(2) *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1852.

croire, dis-je, qu'il pût y avoir pour eux égal avantage à n'être soumis qu'à la diète et à l'usage de boissons insignifiantes! Le doute est plus grand encore lorsqu'on lit les propositions étranges émises par l'auteur et qui sont en si flagrant désaccord avec l'observation la plus vulgaire. S'il eût déclaré la saignée inapplicable, nuisible même à certains degrés de la pneumonie, contre quelques-unes de ses formes, ainsi que dans le cours de certaines constitutions médicales, il eût émis une proposition vraie, et nul se fût levé pour la contredire. Mais faire de la saignée un remède presque toujours nuisible et ne lui trouver dans la pneumonie d'autre effet utile que de diminuer ou de supprimer la toux; l'accuser d'exciter des sueurs qui toujours seraient fâcheuses, de favoriser l'extension de la maladie et son passage à la période de suppuration; la signaler comme provoquant et comme hâtant le développement de toutes les complications (pleurésie, péricardite, méningite, concrétions sanguines cardiaques), n'est-ce pas là une de ces propositions qui peuvent bien faire fortune auprès de certains esprits faciles, en raison même de ce qu'elles ont d'étrange, mais qui sont répudiées aussitôt et frappées du sceau de l'erreur par tous ceux qui ont un peu observé. Si ce n'était encore assez, comment accorder le moindre crédit à celui qui, après avoir signalé la saignée comme si invariablement nuisible, la dit pourtant capable de diminuer les phénomènes congestifs du début, d'amoindrir la dyspnée, la fièvre et d'abréger la durée des prodromes; c'est là une chose radicalement inexacte. Fût-elle vraie d'ailleurs, qu'elle serait bien peu calculable, surtout eu égard à la pneumonie dont l'invasion est en général si rapide, si brusque. Enfin, qui aurait pu croire que la saignée, qui est signalée comme allongeant beaucoup la convalescence, favoriserait pourtant moins que ne le ferait la méthode expectante, l'induration consécutive, c'est-à-dire le passage de la maladie à la chronicité! Rappelons d'ailleurs ici combien rare est la pneumonie chronique, et cela probablement en tous pays, si rare que les opinions de l'auteur n'ont certainement pour base que quelques faits fort insuffisants pour pouvoir émettre une opinion motivée.

Telles sont les idées singulières, je dirais presque excentriques, les contradictions flagrantes qu'on trouve dans un travail beaucoup trop cité, édifié avec des matériaux fort discutables et dont les résultats ont été contredits dans l'enceinte même de l'hôpital de Vienne. Il résulte, en effet, de divers documents que la mortalité par pneumonie aurait été plus considérable dans cet établissement que ne l'indique le docteur Dielt. Le docteur Mittchell dit, en effet, que de 1847 à 1856, la mortalité de la pneumonie s'éleva

à l'hôpital général de Vienne à 24,4 pour 100 ; que la moyenne annuelle oscilla autour de cette moyenne générale; elle fut de 20,8 en 1850, de près de 21 en 1854 et même de 31,2 en 1856 (1). Dans la seule année 1854, on fit à l'hôpital général l'autopsie de 105 cas de pneumonie sur lesquels 92 étaient simples et n'avaient pas été traitées par la saignée. Combien nous sommes loin des chiffres de Dielt si souvent cités, si complaisamment adoptés !

Un clinicien éminent, M. le professeur Magnus von Huss (de Stockholm), signalé très-souvent comme un partisan de l'expectation, est plutôt un éclectique employant, en effet, des médications fort variées suivant la forme et suivant les périodes de la maladie (2). Il est partisan de l'expectation lorsque l'hépatisation rouge est constituée, qu'elle ne tend pas à s'étendre, qu'elle est sans complications graves, et que la maladie date de cinq ou six jours ; à plus forte raison, il s'abstient encore s'il existe déjà des signes de résolution. Il intervient, par contre, plus ou moins activement si l'hépatisation se propage et même lorsqu'elle se transforme en hépatisation grise. Mais contre ces deux états, et même lorsque la pneumonie n'a pas encore franchi le deuxième degré, M. Magnus von Huss s'abstient de tirer du sang, car il regarde alors les émissions sanguines comme étant presque toujours nuisibles. Il considère celles-ci comme étant incapables de combattre l'hépatisation, mais comme pouvant la prévenir : aussi veut-il qu'on intervienne activement dans le premier degré et pendant toute la durée de la période congestive. S'il pratique rarement de saignée à l'hôpital, c'est parce que les malades arrivent communément à une période un peu avancée, lorsque l'hépatisation est déjà commencée , souvent même complète. Il n'en est plus de même dans la pratique privée, lorsqu'il est appelé au début de l'affection ; les règles qu'il trace alors sur l'emploi de la saignée sont celles à peu près qui nous dirigent nous-même. A l'appui de sa proposition, l'éminent clinicien de Stockholm cite la statistique suivante. Pendant les huit premières années, de 1840 à 1847, il tira du sang aux pneumoniques de son service, et le chiffre de la mortalité fut de 11,54 pour 100 ; dans les huit autres années, de 1848 à 1855, aucune phlétobomie ne fut pratiquée, et la moyenne de mortalité fut de 10,21 ; en comprenant dans ce relevé les malades apportés

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1859, p. 128 (extrait du *British medical Journal*).

(2) *Traitement de la pneumonie*, trad. du suédois en allemand par le docteur Anger. Leipzig, 1861. Analysé dans les *Archives de médecine* de 1863.

mourants, on trouve, durant la première période, celle des émissions sanguines, une mortalité de 13,93 pour 100, et durant la seconde un chiffre de décès de 13,77.

La différence entre ces deux séries de faits est fort peu considérable : on serait donc autorisé à conclure que si la saignée n'a pas été nuisible, elle n'a pas eu du moins sur la marche de la maladie l'influence heureuse qu'on lui attribue généralement. Il est vrai que les émissions sanguines ont été faites à une période avancée, circonstance capitale à noter : car nous verrons plus tard que l'influence de la saignée sur la marche de la maladie est d'autant plus marquée qu'on la pratique plus près du début.

Les faits réunis par Magnus Huss prouveraient donc bien moins contre l'emploi de la saignée dans la pneumonie que contre son emploi tardif.

Ce n'est pas seulement la saignée que M. Magnus Huss propose dans la première période, il a recours très-habituellement aux purgatifs, et si la maladie résiste, à l'émétique. Il ajoute à ces moyens des applications extérieures sur la partie malade, ce sont préférablement des compresses trempées dans l'eau fraîche (+ 16°) que l'on renouvelle toutes les six ou huit heures, et qu'on remplace par des cataplasmes si elles sont mal supportées.

On voit, comme je le disais naguère, que l'auteur suédois intervient activement dans la première période. A quel résultat arrive-t-il ? Parvient-il souvent à empêcher le passage de la maladie du premier au deuxième degré ? Je l'ignore, cette partie du travail de M. Huss manquant de relevées statistiques. Je doute toutefois qu'on soit plus puissant ou plus heureux à Stockholm qu'à Paris ; nous verrons en effet plus tard que lorsqu'on attaque une pneumonie dès son origine, on ne peut l'empêcher, dans les deux tiers des cas, d'arriver à l'hépatisation, sinon partout, du moins dans une étendue plus ou moins considérable.

Que faut-il penser de la proscription presque systématique de la saignée, lorsque la pneumonie est parvenue à la période d'hépatisation rouge ? En principe, elle ne saurait se justifier. Que les émissions sanguines soient infiniment moins puissantes, qu'elles soient plus aisément nuisibles, lorsque surtout du deuxième degré la pneumonie tend à passer au troisième, je ne le conteste point ; c'est ce que nous établirons plus tard. Mais soutenir que la saignée, qui est justifiée et commandée même par la force du pouls et par l'état constitutionnel, n'est pas indispensable et qu'elle n'a le plus souvent d'autre effet que de nuire et d'allonger tout au moins la convalescence, c'est soutenir une proposition inadmissible, et que

la clinique réprouve. M. Magnus Huss trouve dans l'analyse de son tableau la confirmation de ses idées. Comparant les faits recueillis dans la période de 1840 à 1847 où des malades étaient saignés, à celle de 1848 à 1855 où la phlébotomie fut proscrite, il trouve que le séjour à l'hôpital fut abrégé de trois jours pour les individus compris dans la première catégorie. Certes un bénéfice de *trois* jours quand il s'agit d'une affection aiguë à marche rapide comme l'est la pneumonie n'est pas chose indifférente, mais est-ce là un bénéfice légitimement acquis à l'abstention? M. Magnus Huss le pense, attendu que, dans les deux périodes qu'il compare, les pneumonies se sont présentées à lui à peu près avec les mêmes caractères. Quelque confiance que cette déclaration m'inspire, j'ai peine à croire à une telle uniformité pendant une période de quinze années, et sur un chiffre de pneumonie supérieur à 2300. Très-certainement, un si grand nombre de phlegmasies pulmonaires ne sauraient être comparables entre elles; elles rentrent forcément dans des catégories diverses et si dissemblables parfois, qu'on dirait presque des maladies différentes, tant le pronostic et le traitement sont peu semblables dans les deux cas. Dans un pays comme la Suède, où l'alcoolisme est si répandu et existe à des degrés si divers, ces différences sont sans doute encore plus tranchées que chez nous. Qui ne voit qu'il peut suffire d'un petit nombre d'observations s'éloignant des conditions ordinaires pour faire pencher la balance d'un côté ou d'un autre. La statistique n'est valable, elle n'est scientifique qu'autant qu'elle ne se résume pas à compter, car la numération doit être précédée d'un travail indispensable toujours difficile, la pondération du fait et sa classification, afin de n'additionner que des observations aussi semblables que possible.

Un médecin éminent de l'Angleterre, M. le professeur J. H. Bennet (d'Édimbourg), est venu apporter à ceux qui défendent la méthode expectante dans le traitement de la pneumonie un appui considérable (1). Il s'élève avec force contre l'usage de la saignée, il la proscrit même presque absolument ; s'il l'emploie parfois, ce n'est que de la manière la plus parcimonieuse, à titre de palliatif et dans le but de soulager la douleur. M. Bennet professe d'ailleurs sur l'inflammation, sur l'évolution et la transformation des exsudats, sur la fièvre, des idées qu'on pourra regarder comme un peu paradoxales, mais qui justifient la pratique que le professeur

(1) *Clinical lectures on the principles and practice of medicine.* 3e édition. Edinburgh, 1859.

d'Édimbourg suit et conseille d'imiter. Il regarde, en effet, la saignée, qu'elle soit copieuse ou non, comme incapable d'arrêter, de juguler la maladie, ce qui est vrai; mais il la croit aussi impuissante à modifier l'état de congestion de tissu, comme si le sang qui s'y trouve en excès faisait déjà en quelque sorte corps avec l'organe. La saignée, en diminuant les forces des malades, prolongerait le temps nécessaire pour que l'exsudat subisse les changements qui ont pour conséquence la résolution de la phlegmasie. Est-il besoin de rappeler ici que ce qu'on empêcherait ce serait la suppuration que M. Bennet regarde comme inévitable? Opinion étrange, inutile à réfuter encore, tant elle est en opposition avec les faits les plus faciles à constater.

Conséquent avec ces idées théoriques, M. Bennet, dans la période la plus aiguë de l'excitation fébrile, se borne à prescrire des boissons douces et de petites doses de préparations salines dans le but de diminuer la viscosité du sang. Aussitôt que le pouls devient mou, il donne du bon thé de bœuf, des aliments et même du vin. Enfin lorsque la période de crise approche il administre un diurétique pour favoriser l'excrétion des urates, respectant d'ailleurs le phénomène critique quel qu'il soit, et vers quelque organe qu'il se manifeste.

Ce traitement, fort peu compliqué, aurait donné les résultats les plus favorables. M. Bennet dit, en effet, qu'ayant traité en huit ans 78 malades atteints de pneumonies, et dont l'âge moyen était un peu au-dessous de trente et un ans, n'avait eu sur ce nombre que 3 décès, ce qui indiquerait une mortalité de 1 sur 26 ; proportion que n'aurait donnée aucun autre mode de traitement : elle est, en effet, considérable et digne de fixer l'attention. Mais en acceptant ces résultats tels qu'ils sont indiqués, en conclurons-nous forcément à la prééminence de la médecine expectante sur la méthode des saignées, sur l'emploi de l'émétique et des vésicatoires ? Je dis expectante, car il n'est pas permis d'attribuer grande importance aux quelques sels assez anodins prescrits par le professeur d'Édimbourg. On se tromperait de la façon la plus grave, si l'on voulait trop généraliser l'enseignement qui peut découler des faits qu'il a observés ; lui-même, d'ailleurs, indique comment il faut les interpréter lorsqu'il émet cette proposition : à savoir que la pneumonie simple, survenant chez des individus jeunes et vigoureux, guérit toujours si l'on abandonne la maladie à elle-même. Ce mot *toujours* me semble un peu excessif. Quoi qu'il en soit, c'est là une preuve nouvelle de ce que j'ai dit maintes fois, et que j'ai fait surtout ressortir en traitant du pronostic, non-seulement aujourd'hui, mais

il y a vingt-cinq ans : la tendance qu'a la pneumonie à marcher vers la résolution à certaines périodes de la vie, c'est-à-dire entre six et quinze ans et entre quinze et trente. Un traitement intempestif, un traitement fait sans mesure, peut-il contrarier cette tendance vers l'heureuse solution? Je le crois sans peine, mais entre la réserve qui est dans mes principes et l'abstention systématique que je blâme, il y a une grande différence. Nous ne possédons pas sur les faits de M. Bennet tous les renseignements dont nous aurions besoin ; pour pouvoir bien les juger, il faudrait pouvoir les étudier en particulier ; mais je le répète, quelque objection qu'on leur fasse, il n'est pas possible de méconnaître deux enseignements qu'ils nous donnent : la tendance de la pneumonie vers la guérison chez des sujets jeunes et bien constitués ; l'intérêt qu'il y a de ne pas contrarier l'action médicatrice de la nature par des traitements excessifs.

On dirait, en consultant certains écrits, que la méthode expectante soit en Allemagne acceptée de tous. Il n'en est rien ; elle n'a jamais été adoptée que par une minorité qui tend à diminuer de jour en jour : car, nous l'avons vu, l'expectation a été battue en brèche dans l'hôpital même de Vienne, et les résultats obtenus en 1854, en 1856, ont dû désiller bien des yeux, dissiper bien des illusions. Dans diverses contrées, d'ailleurs, la méthode expectante ou plutôt la proscription des saignées et de l'émétique n'a pas donné des résultats fort encourageants. Ces faits sont à peine connus en France, du moins ils sont à peine mentionnés, comme si l'on semblait se complaire plutôt dans les rélevés fantastiques de Dielt.

Deux médecins hollandais, les docteurs Schmidt et Bordes, ayant expérimenté la méthode expectante, ont vu les malades succomber dans la proportion de 22 (Bordes) et de 23 (Schmidt) pour 100 (1). Wunderlich, rendant compte en 1857 du mouvement des malades qui pendant cinq années furent traités à l'hôpital de Leipzig, a trouvé que chez ceux qui furent traités par les saignées, la mortalité fut de 6,38 pour 100, tandis qu'elle s'éleva à 17,10 pour 100 chez les malades qui ne furent pas soumis aux émissions sanguines (2). N'oublions pas ces résultats et opposons-les à ceux qu'on produit pour prouver l'inutilité de l'intervention médicale.

En France, la méthode expectante compte beaucoup moins de partisans qu'à l'étranger, elle n'a guère été prônée avec autorité

(1) *British medical Journal* (extrait dans *Gazette médicale*, année 1859, p. 128).

(2) *Archiv für physiologische und physicalische Heilkunde* (1er cahier).

que par quelques-uns de nos médecins voués plus particulièrement à l'étude des maladies de l'enfance ; ce n'est pas que quelques personnes n'aient essayé de généraliser la méthode aux pneumonies des autres âges, mais rien de précis n'a été dit. Des faits isolés, cités dans quelques leçons cliniques, des rélevés plus ou moins authentiques d'après des registres d'hôpitaux, des souvenirs plus ou moins lointains invoqués, ne sauraient avoir grande valeur lorsqu'il s'agit de résoudre une question de thérapeutique aussi difficile que celle que nous discutons, pour la solution de laquelle il faut des faits, non-seulement très-nombreux recueillis à diverses époques, mais encore des faits très-sévèrement pesés.

Legendre, après avoir soutenu l'utilité des saignées et même des saignées assez copieuses et des vomitifs répétés dans le traitement de la pneumonie franche, primitive, lobaire chez les enfants (1), a laissé en mourant un travail où il cherche à prouver que cette affection ayant une tendance naturelle à se terminer par la guérison, il y avait avantage à ne lui opposer que les moyens diététiques (2). Le travail de Legendre ne s'appuyait que sur une quinzaine d'observations, chiffre insuffisant pour convaincre ; mais en 1862 M. Barthez a présenté à l'Académie impériale de médecine, dans sa séance du 8 avril, le résumé de recherches importantes et qui ont donné à l'opinion défendue par Legendre la consécration qui lui manquait. M. Barthez annonce que sur 212 enfants âgés de deux à quinze ans, qu'il a traités de pneumonie lobaire dans l'espace de sept années à l'hôpital Sainte-Eugénie, deux seulement ont succombé. Sur ce nombre, c'est à peine si l'on a employé un traitement un peu actif chez un sixième. Dans la moitié des cas, la pneumonie fut traitée par les émollients seuls, même lorsqu'elle avait une gravité apparente. En s'abstenant de moyens actifs, non-seulement on guérirait presque sûrement, mais on guérirait plus vite. M. Barthez dit en effet que la pneumonie, abandonnée à elle-même se termine assez souvent en *dix* jours, habituellement en *quinze*, et que rarement elle dépasse ce terme. La proportion serait presque retournée lorsque les enfants ont été soumis à une médication active. Si l'on considère enfin la durée relative de la convalescence dans les deux catégories de malades, l'avantage resterait encore à ceux qui n'ont été soumis qu'à l'expectation ou bien à une médication peu active.

(1) *Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance*. Paris, 1846, p. 191.

(2) *Archives générales de médecine*, n° de septembre, année 1859.

M. Barthez conclut qu'il n'est jamais utile et encore moins nécessaire de diriger contre la pneumonie franche des enfants une médication très-active, et qu'il faut surtout s'abstenir autant que possible d'émissions sanguines répétées, dont l'effet serait d'affaiblir inutilement les malades et d'allonger considérablement leur convalescence. Ce précepte établi, M. Barthez se hâte d'ajouter que le médecin doit intervenir quelquefois pour remplir des indications accessoires, et dans le but seulement de soulager et d'atténuer quelques-uns des symptômes. C'est ainsi qu'une petite émission sanguine, locale ou générale, soulagera la douleur pleurétique, diminuera l'oppression et calmera momentanément le mouvement fébrile; ailleurs un vomitif ou un purgatif donnés à propos amèneront une détente dans les symptômes généraux, etc.

J'accepte volontiers les conclusions formulées par M. Barthez. Les observations recueillies par ce médecin distingué confirment d'abord un fait très-anciennement connu, que j'avais mis en relief dans la première édition de ce livre: savoir, la bénignité de la pneumonie dans le jeune âge; la tendance qu'a cette affection à cette époque de la vie de se terminer par la guérison. Ce fait une fois constaté, il était important de rechercher la part que pouvait avoir dans ce résultat l'intervention de la thérapeutique. Jusque dans ces derniers temps, si tous recommandaient la prudence dans le traitement de la pneumonie du jeune âge, il n'est presque personne pourtant qui ne conseillât une intervention active, et l'on attribuait beaucoup à celle-ci dans les résultats obtenus. M. Barthez et Legendre ont démontré qu'il n'en était rien et que dans la grande majorité des cas, une médication énergique n'avait d'autre effet que de contrarier la marche naturelle de l'affection, d'affaiblir inutilement les malades et par conséquent d'allonger la convalescence.

Ce que nous disons des enfants, du moins de ceux qui ont dépassé trois ou quatre ans, on peut l'appliquer, je pense, aux adolescents et aux jeunes gens, c'est-à-dire aux individus compris entre quinze et vingt-cinq ans et même trente. En est-il de même pour les sujets plus âgés? Nous avons dit qu'à mesure que nous avancions dans la vie, les pneumonies devenaient de plus en plus graves et offraient d'autant moins de tendance à se terminer spontanément. Or, en pareil cas une intervention thérapeutique plus active n'est-elle pas commandée, et est-il vrai que l'abstention soit plus avantageuse aux malades que l'action? Nous avons discuté les principaux documents sur lesquels on pourrait s'appuyer pour n'opposer aux pneumonies des adultes et des vieillards que l'ex-

pectation pure, nous avons vu que de graves objections pouvaient leur être faites. Que beaucoup de pneumonies se terminent spontanément, nul ne l'a jamais contesté; la pratique journalière et celle de tous les temps le démontrent. Mais faire de l'expectation une méthode de traitement à peu près exclusive pour une affection si variable dans ses formes, si peu semblable souvent à elle-même d'une année à une autre, c'est là une impossibilité, c'est une doctrine que repousse le sens intime, le sens commun. D'ailleurs comment croire systématiquement à la nocuité de la saignée et de l'émétique, lorsque nous voyons si fréquemment ces agents doués de l'efficacité la moins contestable. Mais je ne dois point anticiper sur ce qui sera établi plus tard de la manière, je l'espère, la plus démonstrative.

Les pneumonies, à cette heure, n'ont plus exactement les mêmes caractères qu'il y a vingt ans. Si aujourd'hui on saigne moins abondamment les pneumoniques qu'on ne le faisait autrefois, ce n'est point par esprit de système, mais c'est par nécessité; car la tolérance pour les émissions sanguines est moindre à présent. Cette impression est celle d'un grand nombre de médecins français; c'est aussi l'opinion qu'ont exprimée les docteurs Alison (1) et W. Gairdner (2) pour les pneumonies de l'Angleterre; cela explique comment les médecins ont été conduits à employer une médication de moins en moins active; plusieurs y ont été excités pour expliquer de prétendus résultats annoncés par quelques adeptes de Hahnemann. Je le répète en terminant, l'expectation est irrationnelle en principe, elle n'a pas donné d'ailleurs des résultats concordants. En exceptant la pneumonie de l'enfance, qui doit être envisagée à part, nous voyons que si les uns ont guéri en ne faisant rien, d'autres ont augmenté beaucoup leur mortalité en adoptant l'expectation comme méthode générale. Quoi qu'il en soit, tous ces tableaux qu'on publie pour ou contre, n'ont pas et ne peuvent avoir une immense valeur, précisément parce que nous ne pouvons être édifiés sur toutes les circonstances de la maladie. Nous ne sommes même pas toujours renseignés sur l'âge des malades, sur la proportion relative des deux sexes, circonstances qui influent sur la mortalité ; et à supposer même qu'il n'y ait eu aucune cause d'erreur, comment savoir quelle a été la proportion des pneumonies bénignes et des pneumonies graves, etc.? Il y a sans contredit des pneumonies qui ont une irrésistible ten-

(1) *Edinburgh medical Journal*, année 1856.

(2) *Clinical medicine*. Édinburgh, année 1862.

dance à se terminer promptement par la guérison, mais il n'existe encore aucun caractère qui permette de les reconnaître sûrement; on peut avoir des présomptions en étudiant toutes les circonstances de la maladie, mais on ne saurait avoir à cet égard une certitude absolue; le mieux donc est d'agir et d'obéir aux indications. Celle qui porte à tirer du sang étant de beaucoup la plus fréquente, c'est celle aussi qui doit tout d'abord fixer notre attention.

§ 2. — Doit-on saigner dans toutes les pneumonies?

Suffit-il d'avoir diagnostiqué l'existence d'une pneumonie pour être autorisé à pratiquer une ou plusieurs évacuations sanguines? Les médecins systématiques, ceux qui, au lieu de voir dans la saignée un moyen souvent efficace, la considèrent au contraire comme un spécifique qu'ils comparent au quinquina dans les fièvres périodiques, ceux-là saignent toujours et souvent sans mesure, aussi bien dans les pneumonies inflammatoires qui surviennent chez des sujets bien portants, que dans les pneumonies secondaires qui se déclarent chez des sujets épuisés par quelque maladie chronique. Cependant, les bons praticiens de toutes les époques avaient reconnu que dans un grand nombre de pneumonies, les émissions sanguines ne pouvaient être conseillées sans péril et sans aggraver tous les symptômes, quelque peu abondantes qu'elles fussent d'ailleurs.

Il s'est trouvé à toutes les époques des médecins qui ont proscrit l'usage de la saignée d'une manière absolue dans le traitement des pneumonies de l'enfance et des vieillards. Il paraît que Pinel, après plusieurs tentatives infructueuses, y avait presque entièrement renoncé chez les septuagénaires de la Salpêtrière. On a craint, en effet, en tirant même une petite quantité de sang, chez les individus placés aux deux extrêmes de la vie, de produire un état de prostration et de collapsus dont il serait impossible de les relever ensuite; ces craintes sont évidemment exagérées. L'âge des malades ne peut être une contre-indication absolue à l'emploi de la saignée; cette considération doit seulement engager le médecin à moins les prodiguer. Les praticiens qui ont écrit le plus récemment sur la pathologie de l'enfance, notamment Dugès, Billard, Valleix, Guersant, Rilliet, MM. Barthez, Bouchut, Barrier, s'accordent tous à reconnaître que les saignées générales et locales peuvent être d'une grande utilité dans les pneumonies qui affectent les enfants, depuis la naissance jusqu'à la quinzième année. Toutefois, la saignée générale est communément difficile à pratiquer chez les

jeunes sujets, parfois même elle est impossible. Elle a d'ailleurs l'inconvénient, par la déplétion rapide qu'elle produit, de provoquer plus aisément le collapsus. Mieux vaut recourir aux sangsues : on les applique sur la poitrine, aux malléoles, aux condyles internes des fémurs, à l'épigastre, partout où la compression est plus facile à exercer ; il n'est pas besoin de dire avec quelle sollicitude on doit surveiller l'écoulement du sang. La vieillesse ne contre-indique pas non plus la saignée d'une manière absolue. Morgagni a tiré du sang à des nonagénaires (1), mais il faut procéder avec la plus grande circonspection et bien se rappeler que chez le vieillard la dureté du pouls ne commande pas nécessairement la saignée ; car bien souvent elle dépend uniquement à cet âge de la rigidité plus grande des parois artérielles.

Une constitution détériorée par la misère, par la mauvaise nourriture, par le chagrin, par les excès, ou par des maladies antérieures, peut contre-indiquer formellement l'usage de la saignée et surtout des saignées générales. J'ai eu occasion d'observer six individus placés dans les conditions précédentes, chez lesquels l'ouverture de la veine fut suivie d'une aggravation de symptômes et d'un état de prostration qui augmentait à mesure que l'on réitérait les pertes de sang. La maladie eut une issue funeste chez cinq d'entre eux. Sur un nombre égal de malades épuisés par les mêmes causes qui avaient agi précédemment, chez lesquels on s'abstint de toute évacuation sanguine, ou auxquels on n'appliqua que quelques ventouses scarifiées, deux seulement succombèrent. Chez les sujets amaigris ou étiolés dont toutes les fonctions sont dans un état de langueur, chez tous ceux dont le pouls est mou et dépressible, il sera prudent d'adopter un autre mode de traitement que celui des saignées. Si l'on veut tenter l'effet de ces dernières, il est préférable de commencer par une saignée locale, spécialement par des ventouses, afin de pouvoir apprécier et mesurer même très-exactement la quantité de sang que l'on retire.

Il est quelques espèces de pneumonies qui sont absolument incompatibles avec la saignée. C'est ce qu'on a observé particulièrement pendant certaines constitutions épidémiques, comme Sydenham paraît l'avoir remarqué plusieurs fois (2). Huxham a fait la même observation pour les pneumonies qui régnèrent épidémiquement à la fin de 1745 et au commencement de 1746 (3). Il vit

(1) Vingtième lettre, § 22.

(2) *Toux épidémique de l'an* 1675 (*OEuvres de médecine pratique*, t. I, p. 292, édit. de Baumes).

(3) *Essai sur les fièvres*, p. 229.

en effet, dès la seconde et souvent dès la première saignée, le pouls et les forces des malades diminuer à un point étonnant ; bientôt apparaissaient les symptômes adynamiques ou ataxiques les plus graves. J'ai remarqué ces mêmes accidents chez quelques individus pendant l'épidémie de grippe qui régnait à Paris en 1837 ; d'autres médecins ont rapporté quelques faits semblables.

A part de rares exceptions, je pense que les saignées générales sont presque toujours nuisibles dans les pneumonies secondaires, quel que soit d'ailleurs l'âge des individus. Il résulte d'une série assez considérable de faits analysés par Becquerel, que chez les enfants atteints de pneumonies secondaires, les émissions sanguines générales ou locales eurent pour résultat de débiliter l'organisme et d'accélérer la terminaison fatale. Chez l'adulte, j'ai vu les mêmes effets avoir lieu dans les pneumonies qui survenaient chez des sujets atteints de fièvre typhoïde, d'affections cancéreuses et de maladie de Bright. Je me contente, pour le moment, d'énoncer ces faits, me proposant d'y revenir plus tard avec plus de détails, lorsque j'essayerai de déterminer quel est le traitement qu'il faut opposer aux pneumonies qui éclatent dans le cours des autres maladies.

Je dois examiner ici la valeur de quelques opinions généralement accréditées, qui font que souvent on n'ose point pratiquer une saignée, ou bien qu'on ne la fait que timidement ; tandis que d'autres fois on la remet à une époque plus ou moins éloignée, ôtant souvent ainsi aux malades des chances favorables.

Beaucoup de personnes, par exemple, regardent l'apparition prochaine des règles, et à plus forte raison leur existence, comme une contre-indication formelle à la saignée. Cette croyance règne non-seulement parmi le vulgaire, mais elle est partagée en outre par beaucoup de médecins ; elle est pourtant des plus erronées, et de plus, elle est dangereuse. L'écoulement des règles n'est jamais un obstacle à ce qu'on tire du sang lorsque les symptômes en démontrent l'utilité ; il y a longtemps que La Motte a soutenu cette opinion (1), qui a été également défendue par J. Frank (2). Ce dernier dit même que jamais la saignée n'avait supprimé ni les règles ni les lochies, quand on la pratiquait pour des accidents inflammatoires. On a vu précédemment que chez les trois femmes qui eurent leurs règles pendant la période la plus aiguë de la pneu-

(1) La Motte, *Traité des accouchements*, liv. II, chap. 21, p. 224.

(2) *Praxeos medicæ*, t. II. Paris, p. 381.

monie, le sang coula à peu près aussi longtemps et aussi abondamment que dans l'état de santé.

Ce que je dis de la période menstruelle s'applique aussi à l'état de grossesse ; on trouve beaucoup de personnes qui n'osent saigner une femme grosse atteinte d'une maladie grave, de crainte de la faire avorter. Mais il faut bien se persuader que la pneumonie est une cause bien autrement puissante d'avortement ; et cette cause est d'autant plus active qu'on néglige davantage les moyens propres à la combattre. Il faut donc, chez la femme enceinte, suivre les indications que fournissent l'état général et l'état local, et faire tout à fait abstraction de la position spéciale de la femme, car en combattant la maladie on combat en même temps la cause la plus active de l'avortement.

J'ai vu très-souvent des personnes du monde, et même quelques médecins s'opposer à ce qu'on pratique une saignée pendant que les malades sont en sueur, par la crainte de supprimer cette excrétion. J'avoue que pendant longtemps j'ai partagé ces appréhensions, mais aujourd'hui, je ne les crois pas fondées ; je n'ai jamais remarqué d'accident pour avoir changé de conduite. Je suis heureux de pouvoir appuyer ce que je dis ici de l'autorité de J. Frank, qui avertit (1) de ne pas prendre en considération la sueur qui baigne les malades, car elle est souvent symptomatique et produite par la violence du mal, et alors même qu'elle serait critique, elle ne devrait pas, en présence des indications positives, empêcher la saignée.

Enfin l'intermittence du pouls, les lipothymies, les syncopes même, ne sont pas des contre-indications absolues à l'emploi de la saignée, si les autres symptômes, si l'état constitutionnel du sujet et la force du pouls réclament au contraire cette évacuation. L'adynamie, l'abattement profond, la faiblesse du pouls, doivent au contraire éloigner de la saignée ; mais nous avons dit à l'article *Diagnostic différentiel*, qu'il fallait prendre garde de ne pas confondre l'adynamie *véritable* avec une simple *oppression des forces ;* dans ces cas douteux, il faut faire une saignée exploratrice de 30 à 100 grammes, et d'après les effets immédiats qu'on obtient, on y revient plus largement ou bien on s'en abstient pour toujours.

(1) *Pathologie interne*, édition de Bayle, t. IV, p. 192.

§ 3. — Doit-on saigner à toutes les époques et à tous les degrés de la pneumonie ?

A une époque où les médecins, exagérant l'importance de l'expectoration dans la pneumonie, la regardaient comme étant la crise naturelle et presque nécessaire de la maladie, ils conseillaient de s'abstenir des évacuations sanguines et des purgatifs, aussitôt que les crachats rouillés caractéristiques étaient observés. Parmi les hommes qui ont défendu et propagé cette doctrine erronée, on est très-étonné de rencontrer Pringle, qui est sans contredit l'un des praticiens les plus éclairés du dernier siècle. Ce médecin célèbre disait qu'on pouvait saigner librement les trois ou quatre premiers jours de la maladie, mais si dans ce temps-là les crachements apparaissaient, on devait tout à fait discontinuer la saignée ou bien la modérer (1). D'autres auteurs, et ce sont, je crois, les plus nombreux, ont conseillé de s'abstenir des saignées générales et locales après le cinquième et même après le quatrième jour d'une pneumonie, non qu'ils crussent que les pertes de sang fussent précisément désavantageuses, mais ils les regardaient comme étant pour le moins inutiles, car ils pensaient que c'était à cette époque que la suppuration commençait à se faire dans les poumons. C'était sur une erreur d'observation que reposait la pratique dont je parle ; on ne saurait donc l'adopter désormais. Il est impossible, en effet, de fixer aucun nombre de jours au delà duquel la saignée ne soit plus praticable, c'était l'opinion professée par Stoll (2), par J. Frank (3) et par beaucoup d'autres. J'ai saigné et vu Chomel saigner le douzième, le quinzième et le dix-septième jour de la maladie ; j'aurais saigné plus tard encore, si l'indication de tirer du sang avait été positive. Ainsi l'emploi des émissions sanguines pour la guérison des pneumonies sera subordonné à la nature des symptômes généraux et locaux, sans avoir égard à l'âge de la maladie.

Si l'âge avancé auquel la maladie est parvenue ne constitue jamais par lui-même une contre-indication absolue à la saignée, cependant le médecin ne doit pas ignorer que les évacuations sanguines ont généralement des effets d'autant plus avantageux qu'elles ont été pratiquées à une époque plus voisine du début de la pneumonie.

(1) *Observations sur les maladies des armées.* Paris, 1743, p. 125.

(2) *Médecine pratique*, édit. de Mahon, t. I, p. 98.

(3) *Pathologie interne*, édit. de Bayle, t. IV, p. 192.

M. Louis a prouvé en effet depuis longtemps que ceux de ses malades qui furent saignés dans les quatre premiers jours de l'affection guérirent, toutes choses égales d'ailleurs, quatre ou cinq jours plus tôt que ceux qui le furent à une époque plus éloignée (1). Voilà pourquoi j'avais dit ailleurs (2), en parlant du travail de M. Louis, que cet observateur avait prouvé qu'un traitement antiphlogistique commencé dans les quatre premiers jours d'une pneumonie pouvait en abréger *beaucoup* la durée. A ce sujet, M. Bouillaud m'a demandé si je n'ai pas pris le mot *peu* pour le mot *beaucoup* (3). Il est certain que je ne suis point coupable d'une pareille confusion. Chacun conviendra, en effet, que dans une maladie comme la pneumonie, dont la marche est si rapide et la durée si courte, s'il est un moyen ou une méthode thérapeutique qui diminue cette durée de quatre à cinq jours, on sera autorisé, et même forcé de dire que ce moyen abrége beaucoup la maladie.

Dans mes premières recherches sur la pneumonie, publiées en 1836, j'avais déjà reconnu la vérité de la proposition de M. Louis. En effet, les malades qui avaient été saignés dans les quatre premiers jours de leur pneumonie, entrèrent en convalescence au onzième jour ; chez ceux au contraire qui furent saignés plus tard, la maladie eut une durée moyenne de quinze jours, elle ne fut jamais moindre de treize, et s'éleva quelquefois jusqu'à vingt et vingt et un. Les faits recueillis depuis cette époque ont fourni des résultats semblables. En 1837, les malades saignés dans les quatre premiers jours furent convalescents dès le treizième, tandis que ceux chez lesquels le traitement antiphlogistique fut commencé après cette époque virent leur maladie persister, en moyenne, jusqu'au dix-huitième jour. L'analyse des observations recueillies dans les années subséquentes, a fourni des résultats identiques. Ces faits sont d'une très-grande importance pour la thérapeutique de la pneumonie. Les résultats que j'indique doivent être considérés comme très-exacts, car ils n'ont pas varié pendant quatre années consécutives. D'ailleurs, à l'exemple de M. Louis, j'ai eu soin de n'opposer entre eux que des faits qui pouvaient être comparés sous le rapport de la gravité des symptômes. Comme un grand nombre de mes malades ont pris du tartre stibié, des purgatifs, comme ils ont eu des vésicatoires, j'ai fait en sorte que ces agents thérapeutiques qui étaient plus ou moins capables de modi-

(1) *Recherches sur les effets de la saignée.* Paris, 1835, p. 62.

(2) *Mémoire sur la pneumonie* (*Journal hebdomadaire*, 1836, t. III).

(3) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 247.

fier la durée de la pneumonie, aient été employés à peu près également dans les deux séries de malades que j'ai comparées ; de telle sorte que dans les faits que j'ai étudiés, l'époque à laquelle le traitement antiphlogistique a été commencé, fut la seule circonstance remarquable à laquelle il était naturel d'attribuer les différences qu'on observa dans la durée relative de la pneumonie chez les deux ordres de malades.

M. Andral pense que l'existence du troisième degré de la pneumonie ne contre-indique pas toujours la saignée; car, dit-il, ce troisième degré existe bien souvent en même temps que les deux premiers, et ceux-ci peuvent encore être combattus par les émissions sanguines (1). C'est là une grave question de thérapeutique qu'on ne saurait résoudre dans l'état actuel de la science, puisque nous ne possédons aucun caractère certain pour diagnostiquer l'infiltration purulente du poumon. Quant à moi, je pense au contraire que, si l'on pouvait être certain que la plus grande partie de la pneumonie a passé à l'état d'hépatisation grise, il faudrait s'abstenir de saigner. J'ai vu trois malades qui, lors de leur entrée à l'hôpital, étaient certainement dans cette condition, le pouls ne contre-indiquait peut-être pas absolument la saignée, on tira donc 320 ou 350 grammes de sang, mais les malades tombèrent presque aussitôt dans un état de collapsus tel, que la mort survint au bout de quatre, de six ou huit heures. Un autre individu, au contraire, était réellement expirant lorsque je le vis pour la première fois, son pouls était presque insensible, très-déprimé et dépassait 140, les extrémités étaient froides et couvertes de sueur visqueuse, la face pâle était profondément altérée, le malade rejetait des crachats séreux jus de pruneaux, tout enfin faisait présager une issue très-prochainement funeste. Au lieu de le saigner comme le premier, je lui donnai 8 décigrammes d'émétique, et lui appliquai un très-large vésicatoire. Sous l'influence de cette médication, les accidents s'amendèrent d'une manière vraiment inespérée ; quinze heures après, la figure était moins altérée, les crachats séreux noirâtres étaient remplacés par une expectoration muqueuse, opaque, ou d'un gris sale ; les forces s'étaient relevées, le pouls avait de l'ampleur et une certaine résistance. On crut qu'une saignée pouvait être utile, elle fut malheureusement pratiquée ; c'est à peine si l'on tira 374 grammes de sang (12 onces). Cependant à dater de ce moment, les symptômes qui s'étaient si heureusement amendés depuis la veille, reprirent toute leur gravité ; trois heures après, le malade avait cessé de vivre.

(1) *Clinique médicale*, 4e édit., t. III, p. 532.

§ 4. — Comment et où faut-il saigner?

A quel mode de saigner faut-il donner la préférence? Doit-on toujours ouvrir la veine ou se borner à des saignées locales, ou bien faut-il combiner ces deux modes d'évacuations sanguines? Le choix du médecin sera subordonné à la nature des symptômes généraux et locaux. Si la fièvre est intense, si le pouls est développé, il faut toujours commencer par ouvrir la veine largement, car la saignée générale diminuera plus sûrement la fièvre, l'oppression, la céphalalgie, que ne le ferait une forte application de sangsues ou des ventouses sur la poitrine. Quant à la douleur de côté, il est rare, au contraire, comme je le prouverai plus tard, qu'une première saignée générale l'enlève ; il est même commun de la voir augmenter dans les cas où le traitement antiphlogistique est commencé dans les deux ou trois premiers jours de la maladie. Les saignées locales ont au contraire pour effet d'enlever plus promptement la douleur que ne le feraient les saignées générales. Aussi, pour peu que le point de côté soit intense, et qu'il ait résisté à la phlébotomie, je crois qu'il est alors plus avantageux de le combattre plus directement par une forte application de sangsues, et mieux encore à l'aide de ventouses scarifiées dont l'action est plus profonde et avec lesquelles on peut d'ailleurs mesurer exactement la quantité de sang qu'on fait perdre au malade. Comme nous l'avons vu précédemment, les évacuations sanguines locales peuvent suffire dans quelques cas pour favoriser la résolution des pneumonies légères, dans lesquelles la douleur prédomine sur la fièvre ainsi que sur tous les autres symptômes.

Les saignées locales sont également les seules qu'on doive se permettre chez les sujets affaiblis par l'âge ou débilités par les maladies antérieures, par la misère et par les privations. Chez les enfants de deux à quatre ans, il est peut-être prudent de ne pratiquer que des saignées locales; les saignées générales ne convenant guère qu'aux sujets plus âgés.

Les médecins ont été longtemps divisés pour savoir quelle était la veine qu'il était préférable d'ouvrir dans la pneumonie; les uns, fidèles à la doctrine des Arabes, voulaient que l'on fît la saignée du côté du corps opposé à celui de la douleur de poitrine; les autres, au contraire, embrassant l'opinion de Brissot et de l'Académie de Salamanque, suivaient une pratique toute différente (1).

(1) Meckel, *Lites de loco venæ sectionis in pleuritide, seculo XVI imprimis habitæ.* Halæ, 1793.

L'immortelle découverte de Harvey fut même impuissante pour mettre fin à ces querelles, qu'il serait pour le moins ridicule de ressusciter aujourd'hui. Je dirai pourtant que même vers la fin du dernier siècle, les meilleurs praticiens s'occupaient encore de ces questions ; Grimaud, entre autres, conseillait beaucoup de saigner du côté malade, les avantages de cette pratique lui paraissant démontrés par les expériences que Triller avait faites (1). Dans les pneumonies doubles ou dans les pneumonies unilatérales, mais étendues et qui s'accompagnent d'une fièvre intense et d'une grande oppression, on a conseillé, depuis Arétée (2), d'ouvrir simultanément une veine à chaque bras, afin d'obtenir un dégorgement rapide. Cette pratique a été conseillée par Huxham (3), par Triller (4), par J. Frank (5) et par plusieurs autres auteurs, comme leur ayant été plusieurs fois très-avantageuses. Huxham prétend même en avoir obtenu des effets surprenants; il paraît que Husson l'a expérimentée à l'Hôtel-Dieu, et l'on dit qu'il l'a fait avec quelque avantage (6). Toutefois, comme personne, que je sache, n'a publié des faits détaillés, il est impossible d'avoir une opinion un peu positive à cet égard; je ne puis moi-même rien en dire, ne l'ayant jamais essayée ou vu expérimenter par d'autres. Il m'a paru utile seulement que la veine fût largement ouverte, afin que le sang s'écoulât promptement; les sujets saignés de cette manière sont généralement plus vite et plus complétement soulagés que ceux chez lesquels le sang est sorti péniblement de la veine par un petit jet fréquemment interrompu. Cette remarque a été faite depuis longtemps.

§ 5. — **Combien de saignées faut-il faire, à quelle distance les unes des autres faut-il les pratiquer? Appréciation des différentes méthodes.**

Les bons praticiens ont reconnu de tout temps qu'il était impossible de déterminer d'avance, même approximativement, le nombre de saignées qu'il fallait faire et la quantité de sang qu'on pouvait retirer utilement aux individus atteints de pneumonie. L'observation

(1) *Traité des fièvres*, t. II, p. 86.

(2) *De cur. morb. acut.*, lib. II, cap. 1, p. 94.

(3) *Essai sur les fièvres*, p. 228.

(4) *Succincta commentatio de pleuritide ejusque curatione.* Francfort, 1710.

(5) *Pathologie interne*, t. IV, p. 193, édit. de Bayle.

(6) *Dictionnaire des sciences médicales*, article PNEUMONIE, par Pinel et Bricheteau.

de chaque jour leur avait en effet démontré que la quantité de sang que l'on pouvait extraire devait être déterminée par l'âge et par l'état des forces du malade, par sa constitution, par son état antérieur de santé ou de maladie, par l'intensité de la fièvre, ainsi que par la violence des symptômes locaux et en particulier de la douleur et de la dyspnée. Enfin, ils savaient aussi qu'il faut avoir égard à la constitution régnante, au génie épidémique, aux effets produits par une première évacuation sanguine, puisqu'il est des époques où les saignées échouent ou sont nuisibles, ainsi que Sydenham, Huxham et une foule d'autres l'ont plusieurs fois observé et signalé à l'attention des médecins. On voit, d'après ce court aperçu, de combien d'éléments il faut tenir compte, de combien de circonstances capitales il faut peser la valeur, pour s'élever à la connaissance des indications, science qui constitue sans contredit le point le plus difficile et le plus important de notre art.

On a pu se convaincre par la lecture de ce livre que la pneumonie était une maladie complexe, dont la physionomie change suivant une foule de circonstances individuelles ou extérieures; aussi les médecins, même ceux qui avaient le plus abusé des évacuations sanguines dans son traitement, n'avaient guère songé pendant longtemps à proposer une méthode fixe, invariable, une sorte de mesure à laquelle il fallait soumettre indistinctement tous les sujets.

La quantité de sang qu'on a conseillé de retirer aux sujets atteints de pneumonie a beaucoup varié suivant les époques et suivant les sectes médicales qui ont régné. En recherchant quelle fut la pratique des médecins les plus illustres, nous voyons qu'Hippocrate saignait modérément, et qu'Asclépiade, quoique faisant généralement une médecine très-active, s'abstenait pourtant des évacuations sanguines dans la péripneumonie. Celse, qui a si étrangement abusé des saignées, puisqu'il les conseillait même dans les cachexies, en était beaucoup plus sobre dans les inflammations thoraciques; il n'y avait recours que lorsque les forces n'étaient pas trop prostrées; dans le cas contraire, il se bornait à l'application de ventouses sèches. Galien, dont la pratique était, pour ainsi dire, calquée sur celle d'Hippocrate, employait la saignée beaucoup plus largement que le père de la médecine; il la poussait parfois jusqu'à la syncope, et tirait fréquemment dans un seul jour jusqu'à six cotyles de sang, c'est-à-dire environ 1587 grammes. Les médecins arabes, qui ont à peu près adopté les théories médicales et la pratique de l'école grecque, et Fernel, ce brillant commentateur de leurs ouvrages, saignaient modérément.

Plus tard, les médecins naturistes Baillou, Duret et Houlier, serviles observateurs des préceptes de la médecine grecque, reconnaissant comme elle, ou plutôt exagérant l'influence de la force médicatrice, furent, comme Hippocrate, assez sobres dans l'application des remèdes actifs et de la saignée en particulier. Mais vers le XVIIe siècle, Sydenham (1) remit en vogue la saignée et la regarda presque comme le seul traitement à opposer à la pneumonie, comme la seule espérance pour triompher de la maladie. Ce grand médecin avait pour habitude, dès qu'il était appelé auprès d'un malade atteint de pneumonie, de lui tirer environ 312 grammes (10 onces) de sang. Si la douleur était vive, il réitérait la saignée dans la même journée, et faisait perdre autant de sang que la première fois. Il agissait de même le deuxième, le troisième et le quatrième jour, lorsque la douleur et les autres symptômes continuaient avec violence. Si la maladie et le danger diminuaient, ou si le malade était trop faible pour soutenir des saignées faites à des intervalles aussi courts, il se contentait d'en faire deux de suite, mettant entre les autres un jour ou deux de distance. Il était rare que Sydenham retirât moins de 1 kilogramme 250 grammes de sang. Il faut observer cependant que dans l'application de la méthode il avait égard à l'âge du sujet, à son degré de force, à la violence de la maladie, et qu'il modifiait en conséquence sa thérapeutique.

Depuis Sydenham, les saignées furent employées assez largement par la plupart des médecins du dernier siècle, Huxham y avait souvent recours coup sur coup. C'est ainsi que lorsque la maladie était intense et qu'une première saignée n'avait diminué ni la violence de la fièvre ni l'intensité de la douleur, il la réitérait au bout de huit, dix ou douze heures, quelquefois plus tôt; il ne tardait pas à en faire une troisième (2). Sarcone, dans l'épidémie de 1764, avait reconnu aussi que des saignées faites hardiment *par une main discrète* avaient amené la résolution d'un grand nombre de pneumonies; mais il était loin d'exagérer l'influence de ce remède, il conseillait la plus grande prudence dans son emploi, et il disait avec beaucoup de raison que quel que soit le degré de confiance qu'inspirent les observations heureuses de saignées pratiquées dans les maladies aiguës de poitrine, il convient que cette confiance ne se tourne jamais en audace (3); beaucoup de ses con-

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 406, édit. de Baumes.

(2) *Essai sur les fièvres*, p. 222.

(3) *Maladies observées à Naples*, t. I, p. 191.

temporains et de ses successeurs ont oublié ce conseil. Sauvages (1) traitait les pneumonies franches (*Peripn. vera*) par des saignées qu'il renouvelait jusqu'à dix fois chez les adultes; le premier jour il tirait toutes les quatre heures environ 250 grammes (8 onces de sang) : par conséquent on voit que Sauvages enlevait environ 2 kilogrammes et demi (5 livres) de sang à ses malades, mais je ferai remarquer que ce célèbre nosographe n'avait conseillé ce traitement énergique que dans une seule forme de la pneumonie. Grimaud fut moins prodigue, il en revint à peu près à la pratique de Sydenham, car il conseillait dans la pneumonie inflammatoire de ne tirer à peu près que de 1 kilogramme et demi à 2 kilogrammes de sang en trois ou quatre saignées (2). Cullen essaya de remettre en vogue l'usage de saignées plus larges; il voulait qu'un adulte de force médiocre perdît, dans les deux ou trois premiers jours de la maladie, environ 2 kilogrammes et demi de sang (3). Cette pratique fut même dépassée en France par Bosquillon qui, toutefois, ne fit pas de prosélytes à Paris. Parmi les médecins du dernier siècle qui ont mis la plus sage réserve dans l'emploi de la saignée pour le traitement de la pneumonie, je dois citer Lieutaud; il s'éleva avec force contre quelques-uns de ses contemporains, qui, partisans d'une méthode exclusive, n'hésitaient point à ordonner dix à quinze saignées et même plus, à tous ceux qu'ils traitaient d'une inflammation de poitrine. Lieutaud, par contre, ne faisait en général que trois ou quatre saignées de 312 à 375 grammes (10 à 12 onces), dans le cours des deux ou trois premiers jours; et il était rare qu'il y revînt, à moins de quelque accident pressant. Ce médecin résume sa pensée en disant que les cas qui demandaient huit saignées étaient fort rares, que ceux qui en exigeaient moins étaient communs (4).

Les médecins de l'école de Vienne ont, pour la plupart, employé les saignées d'une manière assez large dans le traitement de la pneumonie, sans oser néanmoins fixer d'avance la quantité de sang qu'on devait retirer. Van Swieten est celui qui peut-être a pratiqué les évacuations sanguines avec le plus de réserve, tandis que Quarin, son élève et son successeur, insistait davantage sur ce moyen, et répétait la saignée jusqu'à ce que la respiration fût devenue plus libre (5). Chacun sait que Stoll employait généralement

(1) *Nosologia methodica*. Amsterdam, 1763, t. II, pars I, p. 496.

(2) Tome II, p. 85.

(3) *Eléments de médecine*, t. I, p. 260.

(4) *Médecine pratique*, t. I, p. 348.

(5) *Traité des fièvres et inflammations*, t. II, p. 159.

la saignée avec beaucoup plus de réserve ; dans quelques cas pourtant il saignait largement ou bien il donnait l'émétique. Stoll d'ailleurs n'était point exclusif, quoiqu'on ait prétendu le contraire, et c'est pour cela qu'il doit être compté au nombre des meilleurs praticiens qui ont honoré le dernier siècle. Hildenbrand, son digne successeur, n'a indiqué aucune règle fixe pour l'emploi de la saignée, qu'il proportionnait à l'état du pouls et des forces, à la difficulté de la respiration ; cependant il était avare de saignées répétées, et si les congestions locales étaient trop tenaces, il avait recours à la méthode révulsive (1).

Jean-P. Frank a presque toujours été partisan des saignées copieuses, il conseillait de tirer du sang par une large ouverture, et de répéter cette opération à intervalles assez rapprochés pour que les effets de la première ne fussent pas détruits avant la seconde (2). P. Frank a peut-être, dans un grand nombre de cas, abusé des évacuations sanguines ; son fils Joseph rapporte en effet que, de 1789 à 1790, il avait vu son père faire à la clinique de Pavie, douze, quinze et même un plus grand nombre de saignées ; malgré ce traitement énergique, et peut-être à cause de lui, la mortalité était très-considérable (*enormis erat funerum numerus*, dit-il), tandis que dix ans plus tard, à l'Institut clinique de Vienne et à l'hôpital général de cette ville, pendant les années 1798, 1799 et 1800, il était rare qu'on pratiquât même une seule saignée, et cependant la mortalité fut moindre qu'à Pavie. J. Frank blâme avec raison ces deux extrêmes, il conseille une pratique plus sage, et proportionne le nombre et l'abondance des saignées à l'état des forces du sujet. Deux ou trois saignées lui suffisent pour les pneumonies médiocrement intenses ; pour celles qui sont plus graves, il n'en a jamais pratiqué plus de cinq dans l'espace de vingt ans (3).

En résumé, si nous recherchons comment les médecins qui nous ont précédés employèrent les émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie, nous voyons, que suivant les théories et les doctrines prédominantes de chaque époque, les saignées furent faites plus ou moins nombreuses et plus ou moins abondantes. Plusieurs médecins de l'école d'Alexandrie, et de la secte des dogmatiques, enfin quelques-uns de ces théoriciens que Laennec appelle avec raison les *hérétiques* de la médecine, ont osé plusieurs fois proscrire ce puissant remède ; d'autres, donnant dans un excès

(1) *Médecine pratique*, t. I, p. 88.

(2) *Traité de médecine pratique*, traduit par Goudareau, t. I, p. 167.

(3) *Pathologie interne*, t, IV, p. 194, édit. de Bayle.

contraire, ont proposé de retirer plus de 4 ou 5 kilogrammes de sang ; mais les praticiens sages, également éloignés des deux méthodes extrêmes, employaient des saignées modérées, qu'ils proportionnaient toujours à l'état des forces, à l'intensité de la maladie; aucun n'avait jamais songé à en soumettre l'emploi à certaines règles fixes.

Si nous recherchons maintenant quel est l'état actuel des opinions dans le monde médical sur la mesure dans laquelle on doit employer les émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie, nous voyons, comme dans l'antiquité, quelques médecins, en petit nombre, proscrire tout à fait cette médication ; d'autres, au contraire, l'emploient avec une vigueur et une persistance peu communes et qui rappellent la pratique de quelques-uns des médecins des derniers siècles. Il n'est pas rare, par exemple, de voir les élèves de Rasori (1) et de Tommasini, en Italie, pratiquer à l'exemple de leur maître, quatorze, seize et même vingt saignées de 4 à 500 grammes chacune, dans le cours de la pneumonie, et retirer en quelques jours, jusqu'à cinq, huit et même, dit-on, 10 kilogrammes de sang à leurs malades, qui souvent prennent en outre des doses considérables de tartre stibié. C'est aux universités de Parme, de Milan et de Pavie que les saignées furent employées avec le plus de vigueur ; on les pratiqua souvent d'après certaines règles à peu près fixes, comme on pourra s'en convaincre par les détails qui m'ont été communiqués sur le traitement auquel on soumettait les individus atteints de pneumonie qui entraient à la clinique de Pavie.

Dès l'arrivée du malade à l'hôpital, on pratique une saignée de 500 grammes le matin ; au milieu du jour, la veine est ouverte de nouveau et l'on retire la même quantité de sang ; enfin dans la soirée on fait subir au patient une nouvelle perte de sang aussi abondante que les deux premières. Le second jour, on se borne à tirer un kilogramme de sang en deux fois (2 livres) ; le troisième jour et les jours suivants, on ne fait plus que deux saignées de 187 à 375 grammes (de 6 à 12 onces) ; en sorte qu'au bout de six ou sept jours, le malade a perdu 5 kilogrammes de sang (10 livres). Il paraît que cette méthode s'applique sans trop tenir compte de l'apparence générale du malade ou de la force de la constitution. On prétend à

(1) Voyez le mémoire de Rasori, *Archives générales de médecine*, 1re série, t. IV. — *Bibliothèque de thérapeutique* de Bayle. Paris, 1828, t. I, p. 198. — Consultez l'ouvrage de Tommasini, intitulé : *Prospectus sur les résultats obtenus dans la clinique médicale de Bologne, depuis* 1823 *jusqu'en* 1828. — Voyez, dans le *Traité de thérapeutique* de Giacomini, t. V, p. 321 (texte italien), ce que cet auteur a dit à propos du nombre des saignées dans la pneumonie, etc.

Pavie que lorsque les malades entrent à l'hôpital dans les trois premiers jours de leur pneumonie, ils guérissent généralement par la méthode que je viens d'indiquer, puisque la mortalité serait à peine d'un dixième. On dit aussi que ce traitement énergique empêche le plus souvent la pneumonie de passer à l'état d'hépatisation (1).

J'aurais beaucoup désiré pouvoir apprécier les bienfaits ou les dangers de cette méthode, d'après les relevés des cliniques d'Italie, mais je n'ai pu me procurer aucun document de ce genre. Aussi je m'abstiendrai de porter aucun jugement sur la pratique des médecins italiens, et je me garderai bien surtout de juger leur thérapeutique, d'après les résultats que nous obtenons chez nous par des méthodes plus ou moins analogues; car ce serait imiter ces théoriciens audacieux qui appliquent à tous les pays ce qu'ils ont à peine observé dans un seul. Nous devons, au contraire, reconnaître avec Baglivi, que d'un pays à l'autre on est souvent forcé de varier les moyens de curation, et qu'il n'y a pas plus de médecine universelle pour tous les climats que pour toutes les maladies (2).

En France, la grande majorité des médecins ne suit aucune méthode exclusive dans le traitement de la pneumonie. La plupart reconnaissent qu'on ne saurait déterminer d'une manière générale, ni le nombre des saignées qu'on doit faire, ni la quantité de sang qu'on doit retirer chaque fois, ni l'époque de la maladie à laquelle il faut renoncer à ce moyen puissant; ils conseillent de répéter la saignée autant que l'exige la persistance de l'inflammation et l'état des forces. Chomel, qu'on a signalé très à tort comme un des antagonistes de la saignée, reconnaît au contraire qu'on pouvait avec avantage répéter les pertes de sang trois ou quatre fois par jour au début de la maladie, lorsque la faiblesse du sujet n'y mettait pas obstacle; mais il était trop sage pour regarder cette pratique comme étant applicable au plus grand nombre des cas. Chomel s'est élevé également contre les prétentions de ceux qui ont cru pouvoir fixer approximativement la quantité de sang qu'on peut tirer dans une pneumonie; évaluations, dit-il, qui n'ont aucune utilité en elles-mêmes, et qui ne sont pas sans inconvénients. Il démontre, en effet, que la soustraction d'un kilogramme 250 grammes, que Sydenham

(1) Ces détails ont été envoyés par d'Espine (de Genève) à M. Louis, qui a bien voulu m'en donner connaissance. M. d'Espine les a recueillis en 1840, en Italie, au congrès scientifique de Turin, où ils lui furent communiqués par le docteur Dubini, chef de la clinique médicale de l'hôpital de Pavie.

(2) Voyez Cabanis, *Rapports du physique et du moral*; 9e mémoire, *De l'influence des climats*, § 12. (8e édit., par L. Peisse. Paris, 1844, p. 410.)

conseille de faire dans les pneumonies, ne peut suffire si le sujet est robuste et la maladie intense; elle est trop considérable au contraire si l'affection est bénigne et le sujet d'une constitution faible. M. Louis ne reconnaît également aucune règle fixe dans l'emploi de la saignée. Enfin M. Andral, tout en admettant que la pneumonie est la maladie dans laquelle il serait peut-être permis de prodiguer le plus les évacuations sanguines, ne se hasarde point cependant à imposer des limites, et reconnaît qu'il y a des sujets qui, en raison de leur constitution, beaucoup plus qu'en raison de leur âge, ne peuvent supporter des pertes de sang abondantes et répétées.

Depuis une trentaine d'années, M. Bouillaud préconise les émissions sanguines faites à certaines doses et à des temps fixes et déterminés, comme étant souveraines contre la plupart des maladies inflammatoires et contre la pneumonie en particulier. Mais avant d'examiner sur quelles données reposent les opinions de ce professeur, je dois exposer son traitement tel qu'il l'a primitivement indiqué (1).

Supposons une péripneumonie d'une étendue et d'une intensité moyennes, au premier ou tout au plus au second degré, chez un individu adulte d'une force et d'une constitution ordinaires : voici comment il convient, selon M. Bouillaud, d'appliquer la méthode des émissions sanguines.

Premier jour. — Une saignée du bras de quatre palettes le matin, une seconde le soir de trois à quatre palettes. Dans l'intervalle des deux saignées, on appliquera sur le côté douloureux trente sangsues ou des ventouses scarifiées, de manière à obtenir trois palettes de sang environ.

Deuxième jour. — Une troisième saignée de même quantité que les deux premières, et si la douleur de côté persiste, on réitérera l'application des sangsues ou des ventouses.

Troisième jour. — La plupart des péripneumonies du premier degré sont arrêtées et pour ainsi dire jugulées dès le troisième jour du traitement; si la pneumonie résiste encore le troisième jour, il faut sans hésiter pratiquer une nouvelle saignée générale de trois à quatre palettes.

Quatrième jour. — La péripneumonie, même quand elle est parvenue au second degré, résiste rarement au delà du quatrième jour; dans les cas où il en est ainsi, on peut pratiquer encore une nouvelle saignée, mais le plus ordinairement il est mieux d'y renoncer, et d'appliquer un large vésicatoire sur le côté malade.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirur. prat.* Paris, 1835, t. XIII, p. 408, art. PNEUMONIE.

En règle générale, on ne doit renoncer décidément aux émissions sanguines, que du moment où la réaction fébrile est nulle ou presque nulle, et que la dyspnée et la douleur ont à peu près complétement cessé; si, comme toutes les règles générales, celle-ci comporte quelques exceptions, elles sont très-peu nombreuses.

Cinquième et sixième jours. — Il ne s'agit plus que de surveiller attentivement l'état du malade. Dans les cas les plus ordinaires, la résolution s'opère rapidement, et déjà l'appétit commence à se faire sentir. Dans quelques cas exceptionnels, une réaction, une sorte de recrudescence se manifeste et l'on peut être réduit à revenir, mais avec plus de réserve et de sobriété, aux émissions sanguines. Il semble à M. Bouillaud que c'est alors ou jamais qu'on pourrait tenter avec quelque avantage le tartre stibié à haute dose.

On peut varier la formule que je viens d'exposer; quelquefois au lieu de deux saignées en un seul jour à la dose indiquée, M. Bouillaud n'en fait qu'une de cinq à six palettes. Comme la plupart des malades arrivent à l'hôpital dans l'après-midi, ils ne sont saignés qu'une seule fois le premier jour de leur entrée, et c'est le lendemain qu'ils sont saignés matin et soir et qu'une application de sangsues ou de ventouses scarifiées est pratiquée dans l'intervalle des deux saignées.

Ainsi dans le traitement dont je viens de parler, les malades perdraient de quatre à cinq livres de sang.

Les pneumonies légères, c'est-à-dire à la fois peu étendues et au premier degré, ne datant que d'un jour ou deux, sont enlevées ordinairement, d'après M. Bouillaud, après la troisième émission sanguine. Quant aux pneumonies plus graves qui envahissent la majeure partie des deux poumons et qui sont parvenues au deuxième ou *au troisième degré*, il faut porter quelquefois les saignées du bras jusqu'à sept, huit et même neuf, sans préjudice des émissions sanguines locales, telles qu'elles ont été précédemment indiquées.

Quant aux pneumonies qui envahissent la totalité du poumon ou qui, sans être aussi vastes, sont décidément parvenues à la troisième période, elles tuent le plus souvent les malades avant qu'on ait eu le temps de pousser aussi loin les saignées.

Le traitement dont je viens d'exposer les principes est connu généralement aujourd'hui sous les noms de *formule des saignées coup sur coup*, ou de *méthode jugulante*, ou de *méthode de M. Bouillaud*. On voit que cette manière de faire les saignées, de les doser, n'est qu'une imitation de la pratique suivie par quelques médecins italiens; la seule différence qui les distingue, c'est que

M. Bouillaud remplace par des ventouses ou par des sangsues la saignée générale que l'on pratique en Italie au milieu du jour. Je ne sais si c'est là un bien grand perfectionnement apporté à la méthode.

On voit que M. le professeur Bouillaud a cherché à soumettre à des règles à peu près fixes le traitement de la pneumonie. Je ne saurais accepter cette idée; j'ai prouvé précédemment que la thérapeutique des inflammations pulmonaires n'était pas susceptible de cette précision mathématique, et qu'en voulant déterminer d'avance le nombre des saignées à faire et la quantité de sang qu'il faudrait retirer, on s'expose à de graves inconvénients, dont le moindre serait d'affaiblir inutilement quelques malades. La saignée est certainement de toutes les méthodes thérapeutiques celle qui est le moins susceptible d'être formulée ou d'être soumise, je ne dis pas à certaines lois fixes, invariables, mais je dirai presque approximatives. Les effets d'une saignée intempestive sont irréparables, il faut donc n'y avoir recours que lorsque l'indication est évidente, je dirais volontiers urgente; il faut la proportionner à l'étendue, à l'intensité de la maladie, aux forces des sujets, etc.; dans la formule que je critique, ces principes ne sauraient être observés. M. Bouillaud proteste, il est vrai, contre cette accusation; il affirme qu'il a égard à toutes les circonstances individuelles ou extérieures qui peuvent modifier le traitement; mais il m'a paru souvent que la pratique n'était pas toujours en harmonie avec les professions de foi: le lecteur pourra s'en convaincre aisément en parcourant les observations publiées par M. Bouillaud lui-même. Il faut, en effet, qu'un individu qui a une pneumonie soit saigné quatre fois dans les vingt-quatre heures, car c'est la base de la formule nouvelle. M. Bouillaud, voyant son malade à la visite du matin, lui prescrit aussitôt, et comme une nécessité de sa position, trois évacuations sanguines. Elles seront faites dans la journée; on ne s'inquiète guère de savoir l'effet que la première aura produit pour pratiquer la seconde; la troisième sera faite aussi sans connaître les changements qui ont pu survenir dans l'intensité et dans la marche de la maladie depuis la dernière perte de sang; et cependant qui n'a vu des pneumonies qui, après la première ou après la seconde saignée, présentent un amendement assez notable dans les principaux symptômes, pour que la prudence conseille de s'abstenir désormais d'un traitement actif, qui ne pourrait avoir d'autre résultat que d'affaiblir inutilement les malades et de contrarier peut-être la marche régulière de la maladie? Oui, je dis encore qu'une formule des saignées coup sur coup est nécessairement aveugle. Comme

toutes celles qui ont été prônées jusqu'à ce jour, elle est incapable d'être accommodée aux diverses exigences que chaque cas individuel présente. Il me serait facile de justifier ces assertions par de nombreux exemples : je ne citerai que le suivant. M. Bouillaud rapporte (1) l'observation d'un homme âgé de trente-six ans, *épuisé par un diabète sucré* (ce sont les expressions de l'auteur), et qui fut pris d'une pneumonie intercurrente. Quoique ce malheureux fût réduit à un état d'émaciation considérable, et que la pneumonie revêtît chez lui la forme adynamique, M. Bouillaud n'hésita pas à lui faire pratiquer trois saignées de 375 grammes chacune (12 onces) ; ce traitement ne l'empêcha pas de succomber avant la fin du premier septénaire. Beaucoup de médecins seront sans doute surpris que l'on ait osé tirer plus d'un kilogramme de sang à un malade déjà *épuisé*, et qui souffrait depuis *quatorze mois et demi;* c'était peut-être ici le cas de s'abstenir tout à fait, et de traiter d'emblée cette pneumonie par les préparations antimoniales et par les révulsifs cutanés. M. Bouillaud ne partage pas cette opinion, car son seul regret est de n'avoir pas employé avec rigueur la formule des saignées coup sur coup (2) ! C'est-à-dire que le patient auquel on a osé faire trois saignées malgré son état d'épuisement, en aurait subi pour le moins quatre, et probablement davantage, si on lui eût appliqué la formule jugulante. M. Bouillaud déclare que si un cas pareil au précédent se présentait désormais à son observation, il le soumettrait à la rigueur de sa formule. Ce fait n'a pas besoin d'être commenté ; il prouve la vérité de ce que je disais à l'instant, à savoir, que la formule proposée par M. Bouillaud est dangereuse, car elle est aveugle ; elle tend à ployer tous les faits sous un même niveau, et à faire considérer toutes les pneumonies comme identiques. On pourrait peut-être aussi en conclure que la pratique de M. Bouillaud a été à une certaine époque plus exclusive encore que sa formule ne semblerait l'indiquer.

On a essayé de justifier par des faits cliniques, les prétentions de la formule jugulante. Des observations particulières, des résumés, des tableaux statistiques ont été publiés par M. Bouillaud ou par ses élèves. Tous ces faits qu'on invoque pour prouver la supériorité de la formule des saignées coup sur coup, sont moins nombreux qu'ils ne paraissent au premier abord ; car à l'exception des vingt-six observations que M. Bouillaud a données en 1837 dans sa cli-

(1) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité.* Paris, 1837, t. II, p. 18, observ. 3.

(2) Même ouvrage, p. 23.

nique, tous les autres publiés complétement, je crois, dans le *Journal hebdomadaire*, ont été ensuite reproduits et commentés dans deux ouvrages différents de M. Bouillaud. Enfin les soixante-quinze cas qu'un de ses élèves a présentés à l'Académie de médecine, sont ces mêmes observations que nous connaissons depuis longtemps; observations dont j'ai démontré le peu de valeur, en 1835 dans mon *Mémoire sur la pneumonie* (1).

Il faut convenir pourtant que les matériaux de ce dernier travail, qui n'est en définitive qu'une quatrième édition, ont été disposés de manière à induire bien facilement en erreur. On fait un choix de cinquante-six cas de pneumonies, les unes bénignes, ayant guéri par les seuls émollients; beaucoup n'avaient pas encore dépassé le premier degré ou bien n'étaient parvenues qu'incomplétement à l'état d'hépatisation rouge: or, sur ces cinquante-six pneumonies, deux seulement eurent une issue funeste; et l'on a soin de faire remarquer que la méthode était innocente de la mort des malades (2); on prétend même qu'ils ont succombé par accident, peut-être par leur faute, et nullement par suite de l'insuffisance du traitement, car celui-ci est regardé comme étant à peu près infaillible (3). Avant de passer à une autre série de faits moins favorables, l'auteur s'extasie sur les bienfaits d'une méthode qui a été assez efficace pour guérir cinquante-quatre malades sur cinquante-six, comme s'il était possible de tirer aucune conclusion rigoureuse de cas aussi dissemblables; comme si l'on pouvait juger de l'efficacité d'une méthode de traitement par une série de faits dont les uns étaient peu graves, et dont les autres appartenaient à des individus traités autrement que par la formule des saignées coup sur coup. C'est ainsi qu'un tiers des malades a guéri, soit par les émollients seuls, soit par cette méthode antiphlogistique que M. Bouillaud nomme *classique*, non sans quelque dédain; par conséquent on ne saurait accepter les succès obtenus par elle, et surtout on ne peut en faire honneur à la formule : il faut donc les écarter. Il ne reste plus alors que trente-cinq malades, dont deux seulement ont succombé. Certes ce succès est assez beau pour qu'on ne cherche pas encore à l'enfler, en y ajoutant des faits qui ne lui appartiennent pas. Cependant, après avoir annoncé avec quelque pompe qu'on n'avait perdu qu'un vingt-huitième des malades, l'au-

(1) Voyez *Journal hebdomadaire*. 1836, t. III. — *Dictionnaire* en 15 vol., article PNEUMONIE; — *Philosophie médicale* de M. Bouillaud; — *Clinique de la Charité*, t. II; — *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1840, t. VIII.

(2) *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1840, t. VIII, p. 364.

(3) Bouillaud, *Philosophie médicale*, p. 357.

teur est obligé pourtant, à la fin de son mémoire et comme règlement de compte définitif, de nous accuser une mortalité d'un huitième trois quarts, ce qui d'ailleurs n'est pas encore parfaitement exact. Mais, somme toute cependant, le résultat obtenu est encore très-favorable ; il nous sera facile plus tard d'en expliquer la cause et de la trouver ailleurs que dans l'application de la formule que je critique.

J'ai dû signaler à l'attention cette nouvelle manière de grouper les faits ; elle est des plus vicieuses ; elle est de plus très-dangereuse pour le lecteur ; elle en a sans doute imposé même au médecin éminent qui fut chargé de présenter à l'Académie de médecine un rapport sur le travail que je critique en ce moment. M. Rayer conclut, en effet, sans restrictions, sans commentaires « que la méthode de traitement, formulée par M. Bouillaud, appliquée dans les soixante-quinze cas de pneumonie franche et primitive, a réussi au delà de toute proportion connue, pour le premier et pour le second degré de la pneumonie : un mort seulement sur vingt-cinq malades (1). » Évidemment une pareille conclusion ne découle nullement de l'analyse rigoureuse des observations dont je parle.

Les faits invoqués par M. Bouillaud en faveur de sa méthode sont-ils d'ailleurs aussi concluants qu'on le dit? Lorsque ce professeur publia en 1836 (2) des relevés statistiques pour prouver la supériorité de sa formule, je lui fis remarquer que les résultats favorables qu'il indiquait, ne pouvaient avoir aucune valeur, parce qu'il avait omis de tenir compte de toutes les circonstances qui ont de l'influence sur la marche et sur l'issue de la pneumonie, comme l'étendue et la gravité de la maladie, mais surtout l'âge des individus. M. Bouillaud s'était contenté, en effet, de présenter à ses lecteurs des *résultats bruts*, c'est-à-dire qu'après avoir réuni tous ses faits, il avait additionné le nombre des succès et des revers, et avait cru pouvoir résoudre le problème par cette simple opération arithmétique.

Comme on le pense bien, M. Bouillaud a réclamé vivement contre cette grave accusation ; il m'a cité plusieurs fragments de ses ouvrages pour me prouver qu'il tenait compte, comme nous, de toutes les circonstances qui peuvent modifier le traitement de la pneumonie. Certes, je reconnais volontiers que M. Bouillaud donne ces conseils ; je les avais lus dans ses écrits avant qu'il voulût bien me

(1) Rayer, *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. IV, p. 472.

(2) *Traité de philosophie médicale*. Paris, 1836.

les rappeler ; je lui reproche seulement de n'en avoir pas fait toujours l'application, et si ce professeur, au lieu de me citer de longs passages de sa *Philosophie medicale*, avait bien voulu nous dire l'âge moyen de ses malades, le nombre de pneumonies qu'il avait vues au premier ou au second degré, il eût complétement répondu à l'objection. Les soixante-quinze faits sur lesquels j'argumentais, ayant été publiés postérieurement par un de ses élèves dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*, j'ai pu m'assurer que les objections que j'avais faites étaient très-fondées; j'espère que le lecteur partagera bientôt à cet égard toutes mes convictions.

Sur les soixante-quinze observations de M. Bouillaud, il n'y en a réellement que quarante-neuf dans lesquelles on ait suivi la véritable formule ; chez les vingt-six autres malades, dont quelques-uns ont succombé, on a employé pour tout traitement les préparations antimoniées ou les émollients, et lorsqu'on a saigné, les évacuations sanguines ont été faites suivant les anciens errements, de sorte que je n'ai pas dû leur attribuer ni les succès, ni les revers qui en étaient résultés. Reste donc quarante-neuf malades traités par la méthode des saignées coup sur coup. Sur ce nombre, six seulement ont succombé, ce qui élève la mortalité à un huitième au lieu d'un huitième trois quarts, presque neuf, qui était le chiffre qu'on avait trouvé en comprenant indistinctement tous les faits. Cependant ce résultat est encore très-avantageux ; mais doit-on en faire exclusivement honneur au traitement que M. Bouillaud a suivi? Je ne le crois pas ; car en étudiant les faits recueillis à la clinique de ce professeur, on trouve la coïncidence de plusieurs circonstances heureuses, qui ont dû exercer une grande influence sur la terminaison de la maladie, et dont il faut avant tout tenir compte pour pouvoir apprécier sainement les effets des méthodes thérapeutiques.

Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est l'âge généralement peu avancé des malades, dont la moyenne était à peine de trente-trois ans. Or, si l'on se rappelle ce que j'ai précédemment établi, savoir, que de trente à quarante ans, la pneumonie, traitée par la méthode ordinaire ou par le tartre stibié, donne à peine à l'hôpital une mortalité d'un septième, on s'expliquera facilement, par cette circonstance seule, pourquoi les individus qui furent traités suivant la formule des saignées coup sur coup, et qui avaient à peine atteint l'âge moyen de trente-trois ans, n'ont présenté qu'une mortalité d'un huitième. J'avais donc raison lorsque je reprochais à M. Bouillaud de n'avoir nullement tenu compte de l'âge de ses malades pour la saine appréciation des résultats thérapeutiques. Cette con-

sidération de l'âge nous explique aussi pourquoi M. Bouillaud a pu, presque impunément, employer sa méthode sur un grand nombre de ses malades ; la vitalité qu'on trouve chez les sujets jeunes a pu seule faire équilibre aux effets fâcheux des émissions sanguines pratiquées d'une manière trop libérale.

Si M. Bouillaud a trouvé pour son traitement un utile auxiliaire dans l'âge de ses malades, on peut dire aussi qu'il a été également favorisé par l'état encore peu avancé de la pneumonie, chez un grand nombre de sujets. C'est ainsi que sur les quarante-neuf malades dont je parle, il y en a seize dont la pneumonie n'avait pas encore dépassé le premier degré ; chez dix, les deux premiers degrés étaient combinés ; enfin l'état d'hépatisation n'était parfaitement confirmé que sur treize d'entre eux.

Les circonstances heureuses dont je viens de parler se retrouvent dans les observations de pneumonies que M. Bouillaud a rapportées dans sa *Clinique médicale*. On voit, en effet, que l'âge moyen de ses malades n'était guère que de trente-trois ans; la pneumonie existait huit fois au premier degré, dix fois les deux premiers degrés étaient réunis, huit fois seulement le deuxième degré existait seul dans tous ou dans presque tous les points envahis par l'inflammation. Les succès de M. Bouillaud s'expliquent donc très-aisément à la fois par l'âge peu avancé de ses malades, ainsi que par le grand nombre de pneumonies bénignes ou peu graves qu'il a traitées. Il y a encore une autre condition qui peut aussi entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats d'une méthode thérapeutique sur la terminaison des pneumonies : je veux parler de l'influence qu'exerce le sexe des individus.

Nous avons vu précédemment que la pneumonie était sensiblement moins grave chez l'homme que chez la femme ; que chez celle-ci, en effet, la maladie, toutes choses égales d'ailleurs, avait plus souvent une issue funeste que chez le premier. Il en résulte que dans toute statistique qu'on présente sur la pneumonie, il faut de toute nécessité déterminer dans quelle proportion exacte les individus de l'un et de l'autre sexe ont été frappés. Or, dans les relevés de M. Bouillaud, le nombre des femmes est très-peu considérable : on n'en compte guère que 8 sur 100 malades (1) ; elles forment donc à peine le douzième du nombre total, tandis que dans les faits qui nous ont servi à la rédaction de ce traité, la proportion des femmes

(1) Dans les 75 cas rapportés dans le tome VIII des *Mémoires de l'Académie de médecine*, il y a sept femmes, et dans les 26 rapportés dans le tome II de la *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, on n'en trouve qu'une.

est entre un quart et un cinquième. On conçoit aisément combien une pareille différence doit influer sur le chiffre de la mortalité.

On peut se convaincre, d'après ce que je viens de dire, de combien d'éléments secondaires il faut tenir compte pour apprécier rigoureusement l'influence des agents thérapeutiques. On voit encore que pour prouver l'efficacité d'une méthode quelconque de traitement, il ne suffit pas d'additionner simplement le nombre des succès et des revers, et de tirer ensuite une conclusion. En procédant ainsi, on ne ferait guère autre chose qu'une œuvre de bureaucratie assurément fort peu intelligente, et qui aurait pour nous moins de valeur que les résultats approximatifs que donnerait un observateur attentif. Il faut le redire encore, car trop de personnes s'obstinent à ne pas vouloir l'entendre : la statistique médicale, telle que la comprend l'école d'observation, ne consiste pas seulement à aligner des chiffres, mais nous analysons les faits avant de les compter, et nous cherchons à apprécier toutes les circonstances qui, de près ou de loin, peuvent avoir de l'influence sur la maladie. Nous croyons enfin avec Zimmerman, l'un de nos plus grands médecins philosophes, que la seule voie de découvrir tout ce qui se trouve dans un objet, est de l'examiner en détail et de le décomposer, jusqu'à ce que l'objet entier devienne si simple, qu'on ne puisse plus l'analyser davantage (1). Cette méthode, comme on le voit, exige beaucoup de temps, de peine, de sacrifices, elle conduit lentement à un but, mais elle y conduit plus sûrement.

Je pense que le lecteur est actuellement suffisamment éclairé sur la valeur des résultats proclamés par M. Bouillaud et par son école. On voit maintenant si c'est aux saignées coup sur coup, ou aux circonstances heureuses dans lesquelles les malades étaient placés, qu'il faut attribuer l'abaissement du chiffre de la mortalité chez les pneumoniques traités à l'hôpital de la Charité.

Après avoir démontré que M. Bouillaud ne guérissait pas un plus grand nombre de malades par sa méthode que par les traitements ordinaires, il nous reste à discuter si les saignées ont eu quelque heureuse influence sur la durée totale de la maladie, ainsi que sur celle des principaux symptômes.

M. Bouillaud a dit que par sa formule des saignées coup sur coup il guérissait les pneumonies beaucoup plus vite que par la méthode ordinaire de traitement ; il a calculé, en effet, que sa formule, comparée au mode de traitement adopté par M. Chomel et

(1) *Traité de l'expérience*, livre III : *De l'esprit d'observation*, t. I, p. 176, traduit de l'allemand par Febvre. Paris, 1774.

M. Louis, avait l'avantage sur celui-ci *de diminuer d'un peu plus de la moitié la durée de la maladie* (1). M. Bouillaud ajoute que la véritable cause de cette énorme différence dépend uniquement du traitement qu'on a adopté; et il ajoute que ce qu'il avance n'est point une *hypothèse*, mais une chose *parfaitement* démontrée; telle n'est pas ma pensée.

En lisant avec attention les résumés et surtout les observations particulières publiées par M. Bouillaud, on arrive très-souvent à des conclusions bien différentes des siennes. M. Bouillaud m'a paru surtout moins bien inspiré lorsqu'il veut apprécier la durée d'une maladie. Depuis qu'il fait de la statistique, je crains qu'il ne se soit toujours trompé sur ce point. Nous avons vu, pendant longtemps, ce professeur prendre pour la durée de la maladie la *durée du traitement;* pour les malades reçus dans les hôpitaux, qui ne réclament nos soins qu'après trois, quatre, six, huit et dix jours de maladie, M. Bouillaud ne tenait aucun compte de cette première période, et *il faisait dater la guérison ou la mort de ses malades à partir du jour où ils étaient entrés à l'hôpital.* Cette manière assez insolite de compter, dont j'ai signalé le premier tous les inconvénients, il y a bientôt une trentaine d'années, à l'occasion des tableaux que publiait M. Bouillaud (2), était, comme on le conçoit aisément, tout à l'avantage de la formule des saignées coup sur coup. J'ai démontré, par exemple, qu'une série de vingt-deux individus chez lesquels la durée moyenne de la maladie aurait été, d'après M. Bouillaud, de neuf jours environ, se trouvait être de quinze; lorsqu'on voulait compter comme tout le monde, c'est-à-dire depuis le début des premiers accidents jusqu'à la convalescence. On voit que par le procédé qu'il adoptait, M. Bouillaud réalisait, en faveur de sa méthode, un bénéfice de plus du tiers dans la durée totale de la maladie. Ce médecin paraît avoir compris le vice d'un pareil calcul, car il l'a abandonné sans le défendre. Cependant M. Bouillaud n'a pas voulu s'astreindre encore à compter comme tout le monde; s'il l'eût fait, les résultats qu'il aurait obtenus eussent été l'arrêt de mort de sa méthode. Il a adopté un autre système : *il a très-arbitrairement rapproché le terme de la convalescence*, de sorte que le bénéfice qu'il trouvait autrefois dans la première période de la maladie, il le réalise maintenant à la fin. Ceci prouve que M. Bouillaud comprend très-bien le système

(1) *Clinique médicale*, t. II, p. 209.

(2) *Philosophie médicale.* — Voyez en particulier le septième et le neuvième tableau, p. 567 et 370.

des compensations, mais il n'adopte pas moins une méthode de compter que je crois être aussi vicieuse que la première; il ne saurait donc être autorisé à comparer ses résultats aux nôtres, ni à ceux obtenus antérieurement par Chomel et par M. Louis.

Lorsque M. Bouillaud prenait la durée du *traitement* pour la durée de la maladie elle-même, il faisait dater la guérison commençante ou la convalescence de l'époque où la fièvre ayant *complétement cessé, les malades pouvaient supporter quelques aliments légers, sans en être incommodés* (1) : c'était apprécier alors fort justement ce qu'on doit entendre par convalescence. Plus tard, M. Bouillaud ayant été forcé de compter à partir du début des premiers accidents, et voulant cependant continuer à jouir d'un bénéfice que je tins pour illégitime, a fixé le commencement de la convalescence *à l'époque où les signes caractéristiques de la pneumonie et le mouvement fébrile ont presque entièrement disparu, et à laquelle il commence à donner des bouillons* (2), comme si l'on était autorisé à regarder comme guéris des malades chez lesquels le mouvement fébrile n'est pas encore complétement éteint.

M. Bouillaud est libre, jusqu'à un certain point, de calculer autrement que tous; il court le risque d'être critiqué et de ne pas convaincre; mais il augmente ses torts lorsqu'il accuse injustement ses confrères de faire comme lui. J'ai été fort surpris que mon éminent collègue ait pu croire *que M. Louis fixait la convalescence à la même époque que lui* (3). Mais loin de là M. Louis déclare, au contraire (4), qu'il avait fixé pour tous les sujets dont il parle : « d'une » part, le début de l'affection à l'époque où ils ont éprouvé un mou- » vement fébrile plus ou moins violent, promptement suivi ou » accompagné de douleurs à l'un des côtés de la poitrine ou de » crachats rouillés; et de l'autre, *en plaçant la convalescence à* » *l'époque où les malades ont commencé à prendre quelques aliments* » *légers, trois jours au moins après la cessation du mouvement* » *fébrile.* »

Il est donc bien prouvé que M. Louis marque la convalescence autrement que M. Bouillaud, et que ce professeur n'a le droit de comparer ses résultats à ceux du premier, qu'à condition qu'il voudra bien consentir à mesurer la durée de la maladie comme tout le monde le fait, c'est-à-dire depuis le début des premiers

(1) *Philosophie médicale*, p. 359.

(2) *Clinique médicale*, t. II, p. 206.

(3) *Ibid.*, t. II, p. 209.

(4) *Mémoire sur les effets de la saignée*, p. 15.

symptômes jusqu'à l'époque où la fièvre ayant complétement cessé, on peut déjà permettre aux malades l'usage de quelques aliments.

En marquant la convalescence comme le fait M. Bouillaud, avant la cessation de la fièvre et l'usage de toute alimentation solide, ce professeur obtient pour chaque malade un avantage de plusieurs jours, de sorte que la durée moyenne de la pneumonie qui, d'après la manière de compter de M. Bouillaud, serait d'environ neuf jours un tiers, s'élève à douze ou quatorze jours lorsqu'on prend les mêmes termes que M. Louis; cela n'a plus rien de bien merveilleux. Je dis qu'on peut estimer à douze ou quatorze jours la durée moyenne de la pneumonie chez les malades de M. Bouillaud, car je ne puis ici donner qu'un chiffre approximatif, attendu que lorsqu'il touche à la convalescence, M. Bouillaud devient excessivement sobre de détails; il a généralement beaucoup négligé cette phase de la maladie dans laquelle il cessait d'employer la saignée d'après sa formule.

J'espère que le lecteur est suffisamment fixé sur l'importance des résultats donnés par M. Bouillaud. Il nous resterait à rechercher si ce médecin qui n'a pas guéri plus de malades que ses confrères, et qui ne les a pas guéris plus vite, les a au moins soulagés plus rapidement, s'il a, par exemple, abrégé la durée de chacun des principaux symptômes. La chose doit paraître peu probable, néanmoins c'est une question que j'examinerai lorsqu'à l'occasion de l'analyse de mes observations je comparerai mes résultats à ceux de M. Bouillaud, c'est alors seulement que je compléterai ma critique de la méthode jugulante, en recherchant si les saignées coup sur coup n'ont pas dû allonger la convalescence.

Afin de mieux apprécier cette influence, et pour n'opérer que sur des faits qui soient le plus comparables possible, je diviserai mes observations en deux groupes principaux, suivant que les pneumonies étaient arrivées au premier ou au deuxième degré, lorsque le traitement antiphlogistique fut commencé.

ARTICLE II.

RÉSULTATS OBTENUS PAR LES SAIGNÉES FAITES RATIONNELLEMENT.

Chez les malades dont j'ai recueilli l'histoire, les saignées furent pratiquées d'une manière rationnelle; leur emploi n'a été soumis à aucune règle fixe, et ne fut jamais calculé d'avance. Elles furent proportionnées à l'âge et à la constitution des individus, à la gravité de la maladie et à sa forme particulière; lorsque plusieurs saignées ont été faites, les secondes ne furent pratiquées qu'après avoir appré-

cié l'influence que les premières avaient exercée sur les symptômes généraux et locaux; aussi, le nombre de saignées et la quantité de sang extraite ont beaucoup varié chez nos différents malades. C'est ainsi que les uns n'ont été saignés qu'une ou deux fois, tandis que chez d'autres il y a eu en peu de jours jusqu'à dix évacuations sanguines. Quelques malades n'ont perdu que 187 à 250 grammes de sang (6 à 8 onces), tandis que chez plusieurs on en a extrait plus de 5 kilogrammes (10 livres); chez la plupart il y eut une perte d'un kilogramme de sang. Je vais rechercher maintenant l'influence que les saignées modérées, ou du moins pratiquées suivant l'indication du moment, ont exercée sur la marche, sur la durée et sur la terminaison de la pneumonie.

§ 1er. — Effets des émissions sanguines dans les cas où la pneumonie était encore au premier degré.

Le premier groupe se compose de 50 malades qui, à leur entrée à l'hôpital, présentaient tous les symptômes d'une pneumonie qui n'avait pas encore dépassé le premier degré dans aucun point de son étendue. J'ai cru devoir comprendre aussi dans cette série de faits, l'histoire des quatre individus chez lesquels la pneumonie étant centrale ne fut caractérisée que par la fièvre, par la douleur de côté et par les crachats pathognomoniques, sans qu'on ait pu découvrir à aucune époque quelques-uns des signes fournis par la percussion et par l'auscultation. Parmi ces 50 malades on comptait 16 femmes; plus des quatre cinquièmes étaient doués d'une constitution moyenne ou assez forte; les autres, au contraire, avaient une constitution grêle, chétive et plus ou moins détériorée; l'âge des sujets variait de 16 à 72 ans, et donnait pour moyenne 40 ans. Ces individus, au moment où fut commencé le traitement antiphlogistique, accusaient de un à dix jours de maladie ou trois jours et demi en moyenne. La pneumonie paraissait assez bénigne et encore peu étendue chez 14 malades, tandis que chez les 36 autres, les symptômes présentaient assez de gravité pour que l'issue de l'affection dût être considérée comme douteuse; parmi eux on comptait trois cas de pneumonie double. Tous ces malades furent saignés de une à cinq fois, la plupart eurent deux émissions sanguines, et l'on peut estimer à 1 kilogramme 125 grammes (2 livres 4 onces) la quantité moyenne de sang qu'ils perdirent et qui leur fut retiré presque complétement (1 kilogramme) dans les 24 ou 40 premières heures de leur entrée à l'hôpital. Sur ces 50 pneumonies, 5 seulement eurent une issue funeste. Cette mortalité d'un dixième paraît

être un résultat très-avantageux, surtout si l'on a égard à l'âge généralement assez avancé des malades dont la moyenne atteignait quarante ans ; mais il ne faut pas oublier que la pneumonie offrait réellement peu de gravité chez un peu plus du quart des sujets.

Sur ces 50 malades, nous en trouvons 18 chez lesquels les saignées employées largement, chez presque tous (14), furent répétées autant de fois que le permit l'état des forces ; ce ne fut que lorsque celles-ci empêchèrent d'y recourir encore, qu'on tenta l'emploi de l'émétique à haute dose. D'ailleurs il n'est pas inutile de faire remarquer que les cinq individus qui ont succombé sont précisément ceux chez lesquels les saignées furent faites le plus abondamment, puisque chacun de ces malades perdit 2 kilogrammes 125 grammes de sang (4 livres 4 onces), retiré presque entièrement dans les deux ou trois premiers jours du traitement. Les émissions sanguines, quoique employées plus largement que de coutume, n'ont pourtant pas été disproportionnées aux forces des individus, par conséquent, je crois qu'il serait injuste de les accuser d'avoir favorisé la terminaison fâcheuse de la pneumonie ; mais il faut convenir du moins que les saignées employées le plus largement possible et à des intervalles très-rapprochés, ont été impuissantes pour enrayer la marche de ces pneumonies. Si l'on nous accusait de n'avoir pas retiré une quantité suffisante de sang chez les malades dont je parle, je répondrais que chez eux la saignée a été poussée aussi loin que l'état du pouls et des forces a pu le permettre. Chez les 32 individus qui nous restent, les saignées auxquelles on associa quelques laxatifs doux et fort rarement un vésicatoire, suffirent pour amener l'heureuse solution de la pneumonie.

Si nous étudions l'influence que la saignée a exercée sur la marche de la maladie, nous constatons d'abord comme un fait fort remarquable, que quelque abondantes qu'aient été les évacuations sanguines, elles furent impuissantes dans plus des deux tiers des cas pour empêcher la pneumonie de passer du premier au deuxième degré, sinon dans toute la surface envahie, du moins dans un ou plusieurs de ses points. C'est ainsi que sur 46 malades, les seuls dont la pneumonie se révéla par des phénomènes d'auscultation, il n'y en a que 10 qui ne présentèrent jamais que de la crépitation, tandis que chez les 36 autres, on put constater pendant un ou plusieurs jours du souffle tubaire à l'inspiration ou à l'expiration. Le passage de la maladie du premier au deuxième degré coïncidait le plus souvent, il est vrai, avec une augmentation de la fièvre, celle-ci était restée tout au moins stationnaire : cependant chez 7 des malades dont j'analyse actuellement les

observations, j'ai constaté l'existence des signes physiques du deuxième degré, en même temps que je notais une diminution considérable dans l'appareil fébrile et dans les autres symptômes généraux et locaux : vingt-quatre ou trente-six heures après, la convalescence était parfaitement établie. Ces faits sont très-importants à connaître ; ils démontrent encore que pour établir le pronostic de la pneumonie, et pour saisir les indications thérapeutiques que cette maladie réclame, il faut bien moins avoir égard aux phénomènes fournis par l'auscultation qu'à ceux que donne l'état général du sujet.

Peut-être croira-t-on que dans les cas où la pneumonie ne dépassait pas le premier degré, le traitement antiphlogistique fut employé d'une manière beaucoup plus énergique que chez les malades dont la pneumonie arriva en totalité ou en partie au degré d'hépatisation rouge ; cette supposition est inexacte. Je me suis convaincu, au contraire, que les malades chez lesquels la pneumonie resta toujours au premier degré, furent saignés deux ou trois fois moins abondamment que ceux dont la maladie parvint au deuxième degré. Le traitement fut moins énergique chez les premiers, parce que la pneumonie présentait peu de gravité, et c'est à la bénignité des symptômes, plutôt qu'au traitement lui-même, qu'il faut attribuer cette sorte d'arrêt dans la marche naturelle de la maladie. Chez deux individus pourtant, la pneumonie se présentait avec une apparence de gravité, la douleur de côté était vive, l'oppression forte, la fièvre intense, la crépitation était perçue dans les deux tiers inférieurs du poumon droit ; une seule saignée de 500 grammes (1 livre) fut pratiquée, et l'on vit les accidents s'amoindrir aussitôt, puis les malades entrer en convalescence. Certainement en voyant ces individus pour la première fois, on n'aurait pu prévoir que la pneumonie dût céder aussi rapidement à une seule saignée générale ; d'autres personnes leur eussent sans nul doute opposé un traitement beaucoup plus énergique, qui les eût inutilement affaiblis, et auquel on aurait attribué très à tort l'issue aussi heureuse que prompte de la maladie. C'est encore là une preuve nouvelle de ce que j'ai déja signalé, et qui ne saurait être assez répété, savoir : qu'une pneumonie étant donnée, on ne peut calculer d'avance, même approximativement, la quantité de sang qu'on doit retirer aux malades.

Chez les 45 individus dont la pneumonie eut une heureuse issue, la convalescence commença, terme moyen, vers le dixième jour. Les malades étaient considérés par moi comme convalescents à l'époque où la *fièvre ayant complétement cessé*, ils pou-

vaient digérer, pour le moins, deux potages par jour ; la guérison était assurée, complète au douzième jour. Enfin ce fut à la fin du troisième septénaire que leurs forces, suffisamment rétablies, leur permirent de reprendre leurs occupations.

Aurait-on obtenu des résultats plus avantageux si l'on eût adopté un traitement énergique? Je ne le pense pas ; pour le prouver, il me suffira de comparer mes observations à celles de M. Bouillaud. On trouve dans la clinique de ce professeur neuf exemples de pneumonie au premier degré ; dans des tableaux publiés antérieurement, et qu'on a reproduits plus tard (1), il existe treize autres cas semblables, ce qui donne un total de vingt-deux observations de pneumonies n'ayant pas encore franchi la période d'engouement. Les malades de M. Bouillaud, chez lesquels le traitement fut commencé au quatrième jour, perdirent en moyenne 1 kilogramme 625 grammes (3 livres un quart) de sang ; parmi eux on ne compte qu'un seul mort, tandis que dans les observations qui m'appartiennent, la mortalité s'est élevée à un dixième. Plusieurs circonstances expliquent l'avantage que M. Bouillaud a eu sur nous. L'âge moyen de ses malades ne dépassait pas trente-deux ans, tandis que chez les nôtres il était de quarante ; un seul des malades de M. Bouillaud avait cinquante-sept ans, tandis que près d'un quart de nos malades étaient compris entre cinquante et soixante-douze ans. En outre, on peut facilement se convaincre que les pneumonies observées par le professeur de la Charité étaient très-bénignes ou d'une intensité médiocre, tandis que la moitié de nos malades (26) avaient été réellement en péril. Ainsi, d'une part, l'âge avancé des sujets, et de l'autre, l'intensité plus grande de la maladie, expliquent suffisamment pourquoi la mortalité a été plus considérable chez nous que dans le service de M. Bouillaud. Ce qui prouve que le traitement mis en usage par ce professeur n'a pas été plus efficace que celui que j'ai employé ou vu employer par Chomel, c'est que M. Bouillaud n'a pas guéri les malades plus rapidement que nous, puisque leur convalescence a commencé à peine au dixième jour, ainsi que cela eut lieu chez les nôtres. Les premiers ont donc perdu sans aucune espèce d'avantage plus d'un demi-kilogramme de sang. Cette soustraction inutile a-t-elle eu quelque influence sur le retour plus ou moins rapide des forces? Il est permis de le supposer. Toutefois il est impossible de comparer sous ce rapport mes observations à celles de M. Bouillaud,

(1) J. Pelletan, *Mémoire statistique sur la pleuro-pneumonie aiguë* (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1840, t. VIII, p. 345).

attendu que ce professeur n'a presque jamais noté si les malades étaient en état de reprendre leurs travaux lorsqu'ils ont quitté l'hôpital.

§ 2. — Effets des émissions sanguines dans les cas où la pneumonie était parvenue au deuxième degré lorsque le traitement fut commencé.

Le second groupe que j'ai établi comprend 182 malades (143 hommes et 39 femmes) dont la pneumonie était arrivée, en totalité ou en partie, au second degré, lorsque le traitement antiphlogistique commença à être employé chez eux. L'âge de ces individus variait de seize à soixante et dix ans, et donnait pour moyenne trente-cinq ans ; leur constitution, plus ou moins forte dans près de trois quarts des cas, était faible, chétive chez tous les autres. La pneumonie présentait une certaine gravité chez tous ; double chez douze, elle n'affectait chez les autres qu'un seul des poumons ; elle envahissait depuis un quart jusqu'à la totalité de l'organe. Le traitement antiphlogistique, commencé du premier au huitième jour, le fut, en moyenne, du quatrième au cinquième jour à dater du début des premiers symptômes. Comme chez les malades dont j'ai analysé plus haut les observations, on ne suivit aucune règle fixe dans l'emploi des antiphlogistiques. Quelques individus ne perdirent que 250 à 312 grammes de sang, tandis que chez plusieurs on en retira 4 kilogrammes. Le nombre des saignées qui furent pratiquées varia de une à six ; la plupart n'en eurent que trois ; on peut estimer à environ 1 kilogramme et demi la quantité moyenne de sang qui fut retirée à chacun de mes malades, et dont 1 kilogramme fut extrait dans les trente-six ou quarante-huit premières heures. Voici maintenant les résultats principaux qui furent obtenus.

Sur ces 182 malades, 32 ont succombé : c'est plus d'un sixième. On remarquera que ces individus, quoique d'un âge beaucoup moins avancé que les 50 que nous avons compris dans la première série, ont néanmoins fourni une plus grande mortalité que ces derniers. Mais il est presque inutile de dire qu'on en trouve une raison suffisante dans l'étendue plus grande de la pneumonie, dans son degré plus avancé, et ajoutons aussi dans la marche plus rapide que la maladie avait de la tendance à suivre.

Aurions-nous perdu moins de malades si nous eussions fait des saignées plus copieuses, et si nous les avions répétées plus souvent ? Je ne le pense. Si, en effet, on excepte 4 malades qui auraient

pu être saignés beaucoup plus largement qu'on ne l'a fait, tous les autres qui ont succombé furent saignés suivant la mesure de leurs forces. Chez plus du tiers on ne retira pas moins de 3 kilogrammes de sang, et plusieurs fois on en a extrait jusqu'à 4, sans qu'on ait pu enrayer un seul instant la pneumonie, qui, nonobstant des pertes de sang aussi considérables et l'emploi des préparations antimoniales chez 28 malades, n'en a pas moins continué sa marche vers une terminaison funeste. Ainsi les individus qui ont succombé, ont été, en général, saignés plus largement, plus abondamment que ceux qui ont guéri, quoiqu'il y eût dans les deux catégories des sujets atteints de pneumonies qui d'abord paraissaient être égales entre elles en étendue et en intensité. Je suis loin de prétendre cependant que c'est la saignée faite trop libéralement qui a été cause d'une plus grande mortalité ; je crois qu'une pareille accusation serait tout à fait injuste; car dans les cas où les émissions sanguines ont été les plus fréquentes et les plus abondantes, celles-ci ne furent pourtant jamais disproportionnées aux forces des individus. Mais parmi les sujets qui ont succombé, la moitié environ était, sous le rapport de l'âge et de l'intensité des accidents, dans des conditions plus défavorables que ceux qui ont guéri ; c'est ce qui explique en partie les résultats qui furent obtenus.

Parmi les 150 malades qui ont guéri, il en est 69 chez lesquels la pneumonie a cédé aux émissions sanguines employées seules ou combinées à l'emploi de quelques laxatifs doux et d'un vésicatoire sur les parois de la poitrine. La convalescence a commencé du cinquième au dix-septième jour, à dater du début des premiers accidents ; terme moyen, elle commençait au douzième jour, elle était complétement assurée au treizième, et les malades ont pu reprendre leurs occupations un peu avant la fin du vingt-deuxième jour.

Chez les 81 malades qui nous restent, la saignée n'a pas été le seul moyen de traitement mis en usage. Chez tous sans aucune exception, et à une époque plus ou moins éloignée du début, on leur administra quelque préparation antimoniale, telle que l'oxyde blanc ou l'émétique : ce dernier médicament fut donné tantôt comme simple vomitif pour remplir une indication évacuante, le plus souvent il fut administré à titre de contre-stimulant. Dans ce dernier cas, la préparation antimoniée fut également prescrite après l'emploi des émissions sanguines, tantôt à une époque où celles-ci auraient pu encore être tentées avec avantage, d'autres fois à un moment où les saignées ayant été poussées aussi loin que possible, il n'était pas permis, vu l'état des forces, d'y recourir de

nouveau sans les plus graves inconvénients. Je reviendrai plus tard avec beaucoup de détails sur ces faits, lorsque je rechercherai quelle influence les préparations antimoniées ont exercée sur la marche, sur la durée et sur la terminaison des pneumonies. Qu'il nous suffise de constater dans ce moment que les émissions sanguines employées chez ces 81 malades n'avaient pu enrayer la marche de la pneumonie ; que celle-ci avait continué à s'étendre et à s'aggraver, et que le seul soulagement dont on était redevable aux émissions sanguines, consista dans une diminution ou dans la cessation du point de côté chez la plupart, ainsi que dans un amendement notable, mais pourtant proportionnellement moins considérable de la dyspnée.

En résumé, sur les 232 malades dont je viens d'analyser les observations sous le rapport du traitement, nous en trouvons seulement 101 chez lesquels les émissions sanguines, employées rationnellement et en général avec modération, ont suffi à elles seules pour amener la guérison de la maladie ; dans tous les autres cas, la saignée n'a pu empêcher l'inflammation de faire des progrès plus ou moins rapides, par conséquent on peut établir, ou que les émissions sanguines n'ont eu aucune espèce d'influence sur la marche de la pneumonie, ou que si elles ont eu un effet avantageux, ce que je regarde comme probable, ce n'est qu'en disposant l'économie à recevoir utilement l'influence de quelque autre agent thérapeutique, comme l'émétique.

Les saignées ont été plus promptement utiles chez les malades du premier groupe que chez ceux que j'ai classés dans la deuxième série, résultat qui s'explique par deux causes, par la gravité moindre de la pneumonie chez les premiers, puisque la maladie n'avait pas encore dépassé le premier degré, et en outre parce que le traitement antiphlogistique fut commencé un jour plus tôt, circonstance qui, d'après les recherches de M. Louis et les miennes, abrége sensiblement la durée de la maladie.

Si nous étudions les effets immédiats de la saignée sur la marche de la pneumonie chez les 101 malades chez qui cette médication a été évidemment utile, nous trouvons que chez un septième dont la pneumonie était encore au premier degré lorsque le traitement fut commencé, et que chez un douzième de ceux dont la maladie était déjà parvenue à l'état d'hépatisation rouge, il a suffi de pratiquer une seule saignée pour produire constamment une amélioration considérable dans les symptômes généraux, tandis que les phénomènes d'auscultation et de percussion avaient été à peine modifiés chez un tiers d'entre eux. La saignée a surtout produit des résul-

tats aussi avantageux que rapides dans deux circonstances : lorsque la pneumonie bénigne, limitée à un petit espace, s'accompagnait de symptômes généraux peu graves, ou bien lorsque la saignée a été pratiquée à une époque déjà éloignée du début, et au moment où peut-être la maladie tendait déjà à décroître par les seuls efforts de la nature. Cependant j'ai vu chez deux malades une pneumonie récente qui s'annonçait par une réaction fébrile assez forte et par un râle crépitant entendu sur une large surface, être enrayée par une saignée de 500 grammes ; la fièvre avait presque complétement cédé, le point de côté avait perdu de son intensité, les crachats de leur coloration jaune, sans pourtant que les phénomènes d'auscultation eussent été sensiblement modifiés ; à chacune des saignées qui furent pratiquées au même malade, un amendement survint généralement après chacune d'elles dans un ou plusieurs des symptômes.

Disons ici que la pneumonie, lorsqu'elle a eu une certaine intensité, lorsque la fièvre qui l'accompagnait était vive, lorsque le traitement fut commencé à une époque rapprochée du début, ne put jamais être enlevée ou *jugulée* par les émissions sanguines faites le plus largement possible. J'ai cité précédemment quelques faits où l'on vit une seule saignée suivie d'une grande amélioration ; mais, dans ces cas, on ne peut pas dire que la maladie fut enlevée, puisque les phénomènes d'auscultation persistaient à peu près comme auparavant, et que les crachats avaient à peine perdu un peu de leur coloration. M. Louis avait déjà observé plusieurs faits semblables, et il avait reconnu qu'une circonstance qui avait pu en imposer aux praticiens, et leur faire croire qu'on jugule facilement l'inflammation pulmonaire à son début au moyen de larges saignées, c'est que, dans quelques cas, peu communs à la vérité, la saignée pratiquée à cette époque est suivie d'une amélioration considérable dans les symptômes généraux et dans quelques-uns des symptômes locaux, la douleur et la dyspnée ; mais les autres accidents persistent, ils augmentent même d'intensité et d'étendue après la première saignée, si elle a été pratiquée à une époque rapprochée du début. Si l'on n'examine pas alors le malade avec soin, on croit aisément avoir jugulé une maladie dont on n'a réellement beaucoup diminué que le mouvement fébrile et quelques autres symptômes (1). Les faits que j'ai recueillis s'accordent avec ceux que M. Louis a analysés dans ses belles recherches sur les effets de la saignée ; les uns et les autres prouvent, en effet, qu'on ne jugule

(1) *Recherches sur les effets de la saignée*, p. 38.

pas les pneumonies par les émissions sanguines. Chomel a également reconnu que quels que soient les moyens qu'on oppose à la pneumonie, celle-ci a une période d'accroissement qui dure plusieurs jours, et pendant laquelle les saignées ne sont suivies que d'une rémission courte, à peine marquée, qui peut même manquer entièrement (1). Enfin, Rasori a exprimé la même pensée lorsqu'il dit que la pneumonie a *toujours un cours nécessaire*, et que nonobstant une méthode active de traitement entreprise dès l'apparition des premiers symptômes, on voit ceux-ci s'accroître pendant quelque temps (2). Ce témoignage est d'autant plus précieux qu'il vient d'un homme expérimenté, qui a pu apprécier tout ce qu'on peut attendre de la saignée dans la pneumonie, puisqu'il retirait assez souvent à ses malades plus de 6 kilogrammes de sang, et qu'il administrait concurremment des doses énormes de remèdes contre-stimulants.

Après avoir apprécié le plus rigoureusement possible la part que les saignées ont eue dans la marche, dans la durée et le degré de mortalité de la pneumonie, je vais maintenant, à l'exemple de M. Louis, étudier en particulier l'influence que les émissions sanguines ont exercée sur la marche et sur la durée des principaux symptômes de la maladie, en ayant toujours soin de comparer mes résultats à ceux des observateurs qui m'ont précédé.

1° *Douleur.* — Chez le vingtième des sujets environ, la douleur de côté fut enlevée assez rapidement dès la première saignée, générale ou locale; chez les neuf dixièmes, elle avait seulement plus ou moins diminué d'intensité. Elle céda beaucoup plus rapidement aux saignées locales qu'aux saignées générales; sa durée moyenne, *à partir du début*, a été de sept jours : il n'y a eu d'ailleurs aucun rapport entre sa cessation plus ou moins rapide et la quantité de sang qui fut retirée aux malades. Ces résultats s'accordent en grande partie avec ceux de M. Louis; cet illustre observateur n'a jamais vu la douleur être jugulée par la saignée lorsque celle-ci fut pratiquée pour la première fois dans les quatre premiers jours de la maladie; le point de côté, qui augmenta souvent d'intensité après la première perte de sang, se trouva pourtant être un peu moins intense que la veille sur la majorité des malades: sa durée moyenne fut de six et huit jours dans la première série d'observations analysées par M. Louis, et de sept jours et demi dans la seconde. Il résulte de ces

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XVII, p. 242.

(2) Voyez son *Mémoire sur la pneumonie* (*Bibliothèque de thérapeutique*, par A. J. Bayle. Paris, 1828, t. I, p. 198).

faits que les saignées modérées ont eu pour effet d'abréger beaucoup la durée du point de côté, puisque j'ai dit précédemment que dans les cas de pneumonies bénignes que j'ai soumises au traitement émollient seul, le point de côté ne céda *jamais spontanément* avant la fin du septième jour; il se prolongea plusieurs fois jusqu'au vingtième, vingt-cinquième ou vingt-septième jour, et il eut une durée moyenne de quinze jours.

2° *Crachats.* — La saignée a exercé une influence moins directe et moins prompte sur les crachats, c'est ainsi que dans tous les cas où la première saignée fut faite dans les trois premiers jours d'une pneumonie *intense*, constamment je vis la matière expectorée conserver les caractères qu'elle avait avant la saignée; chez plus des deux tiers des malades la coloration jaune et la viscosité étaient même devenues beaucoup plus considérables. Après le quatrième jour, une première saignée modifiait en général les caractères de l'expectoration. Celle-ci a cessé d'être caractéristique, terme moyen, vers le septième jour chez ceux qui furent saignés avant le cinquième jour, et au neuvième chez ceux qui furent saignés plus tard, résultats qui sont conformes à ceux de M. Louis. Les changements qu'on a remarqués dans la couleur, dans la consistance, dans la viscosité et dans les autres qualités des crachats n'ont été très-évidents, très-notables, que lorsque la première saignée fut faite à une époque éloignée du début, c'est-à-dire vers le septième ou huitième jour. M. Louis expliquait cette circonstance en disant que dans ces cas la maladie touchait déjà à son terme naturel, ce qui me semble parfaitement juste, puisque nous avons vu que chez les sujets dont la pneumonie était abandonnée à elle-même, les crachats avaient cessé spontanément d'être caractéristiques entre le neuvième et le dixième jour.

3° *Phénomène d'auscultation.* — Dans aucun cas on n'a pu par la saignée juguler les phénomènes d'auscultation. J'ai dit précédemment que parmi les pneumonies qui n'avaient pas encore franchi le premier degré on pouvait en compter plus des deux tiers que les saignées, même les plus abondantes, n'avaient pu empêcher d'arriver au degré d'hépatisation rouge. Toutes les fois que la première saignée ne fut pratiquée qu'après le sixième jour, les phénomènes d'auscultation ne furent pas sensiblement modifiés; ils ne commencèrent guère à décroître en moyenne que du sixième au septième jour chez les sujets qui furent saignés pour la première fois dans les quatre-vingt-seize premières heures; tandis que chez les malades qui furent saignés plus tard, la diminution des mêmes phénomènes ne commença à être observée que vers le dixième

jour. On voit d'ailleurs que la saignée, à quelque époque qu'elle ait été pratiquée, a paru abréger la durée des phénomènes stéthoscopiques, puisque nous avons dit plus haut que chez les malades auxquels on n'avait fait aucun traitement actif, ces mêmes symptômes ne commencèrent à décroître spontanément que vers la fin du deuxième septénaire.

4° *Accélération du pouls.* — Chez près du tiers de mes malades, j'ai vu le pouls augmenter de fréquence dans les vingt-quatre heures qui suivirent la première émission sanguine; ce phénomène fut observé le plus souvent chez des sujets dont la maladie ne datait que de deux ou de trois jours. Chez tous les autres, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas, la première saignée fut suivie d'une diminution plus ou moins considérable dans l'accélération du pouls. Lorsqu'elle fut faite dans les quatre premiers jours de la maladie, le pouls commença à décroître entre le cinquième et le sixième jour, et il avait repris sa fréquence normale au onzième jour. Lorsqu'au contraire les malades ne perdirent du sang pour la première fois que postérieurement à l'époque que j'indique, la fréquence du pouls diminua vers le neuvième jour, et cessa entièrement vers le treizième. On voit donc que l'accélération du pouls ne céda jamais brusquement aux émissions sanguines. M. Louis est arrivé aux mêmes conclusions, il a noté en effet que l'accélération du pouls avait persisté quatre, cinq, six, sept jours et plus après la première saignée quand elle fut faite du premier au sixième jour de l'affection, quelquefois même elle augmenta d'un jour à l'autre entre deux émissions sanguines. L'effet de la saignée sur le pouls paraissait à M. Louis plus marqué lorsqu'on la pratiquait au delà du terme indiqué, c'est-à-dire que dans un assez grand nombre de cas de cette espèce, le pouls devenait calme trois jours après l'ouverture de la veine; bien plus rarement après quatre à cinq jours; ce qui tenait, suivant M. Louis, à ce que dans ce dernier cas, les saignées avaient été faites à une époque voisine de celle où le pouls, d'après la marche naturelle de la maladie, devait reprendre son calme habituel. Nous avons établi en effet que dans les pneumonies bénignes qu'on abandonnait aux forces de la nature, le pouls avait perdu toute fréquence morbide à la fin du dixième jour. Ce que je viens de dire de l'accélération du pouls s'applique à peu près complétement à la chaleur de la peau.

En résumé, nous venons de nous convaincre que par l'emploi des saignées faites suivant la méthode rationnelle, on n'a pu juguler aucun des principaux symptômes de la pneumonie, si l'on en excepte pourtant la douleur de côté qui, dans quelques cas assez

rares, a cédé brusquement à une ou deux émissions sanguines. Comme Chomel et comme M. Louis, j'ai trouvé que la saignée faite dans les premiers jours d'une pneumonie, ne produisait le plus souvent aucun amendement immédiat bien sensible, tandis que pratiquée à une époque plus éloignée, nous l'avons vue être suivie d'un soulagement plus prompt, plus évident ; nous avons expliqué ce fait avec M. Louis, en disant que, dans ces cas, la maladie était plus ou moins voisine de son terme naturel ; opinion qui a été confirmée par la comparaison que nous avons établie entre la durée des symptômes, dans les pneumonies abandonnées aux forces de la nature, et celles qui ont été combattues par les émissions sanguines.

Les résultats que je viens d'obtenir auraient-ils été meilleurs, si au lieu de traiter les pneumonies par des saignées modérées, on avait employé contre elles des saignées plus abondantes, si surtout on leur avait appliqué la formule des saignées coup sur coup ? La chose n'est pas probable. Ayant en effet démontré plus haut que les saignées faites suivant la méthode jugulante n'avaient pas abrégé la durée totale de la pneumonie, il est certain qu'elles n'auraient pas eu d'effet plus avantageux sur chaque symptôme en particulier .M. Bouillaud a soutenu néanmoins l'opinion contraire. Ayant avancé qu'on jugulait facilement les pneumonies, il devait nécessairement admettre que les saignées avaient la même influence sur chacun des symptômes en particulier. Pour le prouver, M. Bouillaud a opposé ses résultats à ceux que M. Louis avait obtenus, et il a tiré de cette comparaison des conclusions favorables à l'emploi de sa méthode de traitement. Mais M. Bouillaud a eu encore ici le tort de comparer entre eux des faits essentiellement dissemblables. On sait que lorsque M. Louis a étudié l'influence que la saignée avait exercée sur la marche et sur la durée du point de côté, des crachats et de la fièvre dans la pneumonie, il avait eu soin de calculer cette durée à *dater du moment* où ces symptômes s'étaient déclarés, jusqu'à leur cessation complète. Il est évident que, si l'on voulait comparer d'autres faits à ceux de M. Louis, il faudrait, comme d'ailleurs je l'ai pratiqué moi-même, compter de la même manière, sous peine d'arriver à des conclusions inexactes ; c'est pourtant ce que M. Bouillaud a complétement négligé de faire. Ce professeur a calculé la durée de la douleur de côté, des crachats rouillés, des phénomènes stéthoscopiques, et de la fièvre, *à dater du jour où le traitement* fut commencé, c'est-à-dire que M. Bouillaud n'a encore ici tenu aucun compte du temps que les malades avaient passé hors de l'hôpi-

tal (1). On conçoit que cette manière de procéder était tout à l'avantage de sa méthode, sans pouvoir cependant en démontrer l'efficacité.

Afin d'avoir des termes de comparaison parfaitement semblables à ceux indiqués par M. Louis, j'ai étudié les faits de M. Bouillaud, et j'ai calculé la durée de chacun des symptômes principaux de la pneumonie, de la même manière que je l'avais fait pour mes propres observations, c'est-à-dire en tenant compte du nombre de jours qui s'étaient écoulés à dater du moment où ces symptômes s'étaient montrés pour la première fois jusqu'à leur entière disparition. Examinés sous ce point de vue, les faits de M. Bouillaud ont donné les résultats suivants. La douleur de côté, qui fut plus ou moins vive, a eu une durée moyenne de sept jours environ, chiffre qui diffère à peine de celui que M. Louis avait trouvé (sept jours et demi) et de celui que m'a fourni l'analyse de mes propres observations (sept jours). Chez les malades de M. Louis qui furent saignés dans les quatre premiers jours de la maladie, la durée moyenne du point de côté fut de six jours; le même résultat a été obtenu pour les malades de M. Bouillaud, ainsi que pour ceux de M. Briquet qui a généralement saigné un peu plus que nous, et un peu moins que M. Bouillaud.

Les crachats sont restés caractéristiques chez les malades de M. Bouillaud pendant sept à huit jours. Lorsque la première saignée fut pratiquée avant le cinquième jour, l'expectoration jaune, rouillée, eut une durée moyenne d'environ sept jours; cette durée oscilla entre neuf et dix jours chez ceux qui furent saignés après cette époque. Ces résultats, comme on le voit, sont à peu de chose près les mêmes que ceux qui ont été indiqués par M. Louis et par nous-même.

Chez les malades observés par M. Bouillaud, le pouls n'est revenu à son état normal qu'après le onzième jour. Lorsque la première saignée fut faite dans les quatre premiers jours de la maladie, la fréquence du pouls avait complétement cessé vers le dixième jour, tandis que dans nos observations nous l'avions notée jusqu'au onzième. Lorsqu'au contraire la première saignée fut pratiquée après le quatrième jour, le pouls resta plus ou moins fréquent, terme moyen, jusqu'au quatorzième jour, chez les malades de M. Bouillaud; jusqu'au treizième, chez les nôtres et chez ceux de M. Louis.

Il me serait difficile d'apprécier rigoureusement quelle a été la

(1) Voyez son tableau (*Clinique médicale*, t. II, p. 212).

durée des phénomènes d'auscultation dans les faits publiés par M. Bouillaud, attendu que si cette exploration a été convenablement faite, ce dont on ne saurait douter, les résultats pourtant qu'elle a fournis vers la convalescence ont été généralement indiqués assez vaguement. Il est fort probable que les saignées coup sur coup n'ont pas eu plus d'efficacité pour enlever les symptômes fournis par la percussion et par l'auscultation, qu'elles n'en ont eu pour abréger la durée des crachats, du point de côté, et pour rendre au pouls sa fréquence normale (1).

Il résulte de ce qui précède que les faits de M. Bouillaud, analysés d'après les mêmes principes, les mêmes règles fixes que mes observations et que celles de M. Louis, ont fourni des résultats à peu près identiquement les mêmes que ceux qui sont consignés dans les *Recherches sur les effets de la saignée.* Les faits de M. Bouillaud, loin donc de prouver la supériorité de la formule jugulante, en démontrent, au contraire, l'impuissance; ils prouvent que des saignées très-abondantes, n'ont pas eu pour effet, comme le croit M. Bouillaud, d'abréger la durée des principaux symptômes de la pneumonie, et par conséquent d'abréger la durée de la maladie elle-même. M. Bouillaud n'a soutenu l'opinion contraire que parce qu'il a voulu comparer des faits qui certainement n'étaient pas comparables entre eux ; il a fait des calculs, sans vouloir s'astreindre aux mêmes règles fixes que les personnes qu'il combattait, tantôt donnant la durée du traitement pour la durée de l'affection, tantôt reportant dans la convalescence une période qui devait encore compter dans la maladie elle-même, puisque ni les symptômes caractéristiques de l'affection, ni surtout la fièvre, n'avaient pas encore complétement cédé.

Je crois qu'il est maintenant bien démontré que la méthode préconisée par M. Bouillaud ne diminue point le chiffre de la mortalité dans la pneumonie, qu'elle n'a pas sur les méthodes ordinaires l'avantage d'en abréger la durée, de faire cesser plutôt les principaux symptômes qui la caractérisent. En un mot, et pour me résumer, je crois avoir prouvé, par l'analyse des faits, que M. Bouillaud qui a retiré aux malades, dont il cite les observations dans sa *Clinique*, une moyenne de 2 kilogrammes 156 grammes de

(1) Les faits que je viens d'analyser sont ceux publiés dans la *Clinique médicale* de M. Bouillaud, t. II. Je n'ai pas tenu compte des trois premiers, qui eurent une issue funeste, ni des quatre derniers, dont la maladie très-bénigne eût guéri sans traitement. Cette analyse a été difficile à faire, et n'a pu porter sur tous les faits, faute de détails suffisants.

sang, n'a pas obtenu des résultats plus favorables que nous, dont les malades ont à peine perdu, en moyenne, 1 kilogramme 250 grammes, de sorte qu'on peut établir que M. Bouillaud a retiré à chacun de ses malades tout à fait inutilement, sans aucune espèce d'avantage pour eux, une quantité moyenne de sang qu'on peut évaluer à 1 kilogramme.

Cet excès dans la médication ne doit-il être considéré que comme inutile? Croit-on qu'il soit absolument indifférent de faire subir à un malade une perte considérable de sang qu'on aurait pu lui éviter? Nul n'oserait soutenir une pareille proposition; car elle répugne à la raison, et elle est contraire à l'expérience de tous les jours. Une saignée intempestive doit avoir, sur l'individu qui en est victime, le même effet que produirait une hémorrhagie traumatique; l'influence est d'autant plus fâcheuse, ses effets se feront sentir pendant un temps d'autant plus long, que le sujet a déjà éprouvé plusieurs autres causes d'affaiblissement provenant de la maladie et du traitement nécessaire pour la combattre.

Il eût été très-intéressant de pouvoir comparer la longueur de la convalescence chez les malades de M. Bouillaud, et chez ceux que j'ai traités moi-même; mais j'ai déjà dit que les faits rapportés par M. Bouillaud ne pouvaient guère être utilisés pour cette comparaison. Qu'on ne m'objecte pas qu'on peut avoir une mesure à peu près exacte de la durée de la convalescence par l'époque où les malades quittent l'hôpital, car nous savons tous combien il y a d'individus qui sortent de nos salles avant leur entier rétablissement, les uns par ennui, les autres par le désir de manger davantage, etc., M. Bouillaud est d'ailleurs moins bien placé qu'un autre pour étudier les effets dont je parle; professeur de clinique, n'ayant qu'un petit nombre de lits, forcé de faire passer sous les yeux de ses élèves le plus grand nombre de cas possible, il lui est souvent difficile de conserver aussi longtemps qu'il le désirerait peut-être, des malades dont la convalescence se prolonge trop longtemps.

On a vu, par l'analyse des faits que j'ai présentée, que les saignées sont très-utiles dans le traitement de la pneumonie; que c'est un moyen dont il faut user toutes les fois qu'il n'est pas formellement contre-indiqué; mais l'utilité des évacuations sanguines a des bornes, et il ne faut pas s'habituer à croire que c'est un moyen infaillible. M. Louis a dit à peu près la même chose; il a reconnu également « que les émissions sanguines avaient une heureuse influence sur la marche de la pneumonie, qu'elles en abrégeaient la durée, que cependant cette influence était beaucoup

moindre qu'on se l'imagine communément (1). » Malgré cette déclaration, beaucoup de personnes répètent encore que M. Louis conteste tout à fait l'utilité des saignées dans la pneumonie. C'est là, comme on le voit, une de ces nombreuses calomnies, qui, accréditée d'abord par un homme distrait, peut-être même de mauvaise foi, se trouve ensuite colportée par ceux qui ne répètent guère que ce qu'ils entendent dire, et sans jamais se donner la peine d'en vérifier l'exactitude.

M. Louis, en s'exprimant comme il l'a fait, n'a-t-il pas été plus conséquent avec les faits de chaque jour que ces médecins qui, dans leur enthousiasme, nous comparent les effets de la saignée dans la pneumonie à celui du quinquina dans la fièvre intermittente? Peut-on assimiler deux choses si différentes? On ne devrait jamais se permettre de pareilles exagérations, car beaucoup de personnes, les prenant pour des réalités, conçoivent des espérances qui sont déçues dans un grand nombre de cas, et à supposer que les malades n'en soient point victimes, l'amour-propre et souvent même la considération du médecin peuvent en souffrir, en voulant prédire des effets qui ne sont point calculables.

Pour me conformer à l'usage, je viens d'employer quelquefois dans cette discussion le mot *juguler;* c'est bien à regret si je l'ai fait, car c'est une expression barbare et indigne du langage scientifique; mais les partisans des saignées coup sur coup s'en sont servis habituellement, pour nous donner une idée des effets *merveilleux* produits par leur méthode. Juguler une maladie, ce serait la dompter tout de suite, ce serait la guérir brusquement, et nous venons de voir que les saignées ne produisent pas un pareil effet; M. Bouillaud consent à ranger au nombre des pneumonies jugulées toutes celles qui céderaient avant le septième jour, à compter du traitement. Pour proclamer un résultat qui n'a rien de merveilleux, il n'est certes pas besoin de se servir d'expressions métaphoriques ou hyperboliques. Elles sont toujours déplacées dans le langage de la science, car elles ne sauraient jamais exprimer des idées parfaitement justes, et l'on trouve malheureusement beaucoup de gens crédules qui les prennent à la lettre.

(1) *Recherches sur les effets de la saignée.* Paris, 1836, p. 62.

ARTICLE III.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LES PRÉPARATIONS ANTIMONIALES. — HISTORIQUE. — APPRÉCIATION DES TRAVAUX ANTÉRIEURS.

Dès que les préparations antimoniales furent introduites dans la thérapeutique, on vit les médecins en essayer l'emploi dans les différentes affections de poitrine, particulièrement dans la pneumonie ainsi que dans la pleurésie; des succès incontestables furent obtenus; mais quelques revers, que la malveillance et que la passion exagérèrent, restreignirent bientôt l'usage de ce médicament héroïque. Cependant, même à l'époque où le parlement et la faculté de médecine se liguèrent pour le proscrire, il ne cessa pas d'être employé par un grand nombre de médecins dans le traitement des inflammations pulmonaires ; le tartre stibié, le kermès, l'antimoine diaphorétique étaient les trois préparations qui étaient le plus fréquemment conseillées dans les maladies de poitrine. L'émétique était généralement administré à titre d'évacuant du tube digestif ; ce fut la pratique de Rivière, et plus tard celle de Stoll et de plusieurs autres. L'émétique, le kermès et l'antimoine diaphorétique étaient en outre donnés à haute dose, ou d'une manière fractionnée et à titre d'altérant. C'est ainsi que Van Swieten recommandait le kermès à la dose de 15 centigrammes tous les quarts d'heure (1). On trouve aussi dans l'ancien *Formulaire* des hôpitaux de Paris, imprimé en 1767, la formule d'une potion dite *in pleuritide et peripneumonia*, composée de 16 grammes d'antimoine diaphorétique (oxyde blanc, antimoniate de potasse) suspendus dans 125 grammes de suc de bourrache. Vers cette même époque, Richter préconisait aussi comme un spécifique dans la pleurésie et dans la pneumonie, une potion contenant 15 centigrammes d'émétique dans 375 grammes de véhicule; on la donnait par cuillerée à bouche toutes les deux heures, et, en cas de vomissement, toutes les heures; le malade prenait ainsi un peu plus d'un centigramme d'émétique par heure. Hufeland (2) a invoqué cette recette pour revendiquer en faveur de l'école de Gœttingue la méthode italienne des contre-stimulistes dont je parlerai bientôt ; mais il est inutile de faire observer ici que ces prétentions ne sont nullement fondées. On peut donc dire, qu'avant la fin du XVIIIe siècle le tartre stibié qu'on

(1) *Traité de la pneumonie*, commentaire sur le § 866, traduction de Paul.
(2) *Journal de Hufeland*, 1824.

employait fréquemment contre les pneumonies, avait moins pour effet de s'opposer à la phlegmasie elle-même, que de combattre une complication bilieuse ou de remplir toute autre indication inspirée souvent par les théories humorales de l'époque.

Dans les dernières années du siècle précédent, Rasori, guidé d'abord par des idées purement spéculatives, et ayant prouvé ensuite expérimentalement qu'il existait, contrairement à l'assertion de Brown, des remèdes débilitants absolus, fut conduit à employer l'émétique d'une manière tout à fait inusitée et contraire aux opinions généralement reçues. Le célèbre professeur de Milan démontra : 1° que la pneumonie pouvait être traitée par l'émétique depuis son début jusqu'à sa terminaison ; 2° que ce médicament pouvait être le principal et parfois même le seul moyen curatif de cette maladie ; 3° qu'on pouvait par lui seul diminuer le nombre des saignées et se dispenser d'en faire dans quelques cas ; 4° que l'émétique pouvait être administré à des doses que les praticiens les plus hardis n'avaient jamais songé à atteindre, puisque Rasori donnait 12 décigrammes, 4, 8 et 12 grammes dans les vingt-quatre heures ; 5° que la quantité d'émétique qu'on employait pendant le cours de la maladie s'élevait assez souvent à plus de 62 grammes ; 6° enfin Rasori démontra que des doses d'émétique aussi énormes pouvaient ne produire ni vomissements, ni évacuations alvines abondantes, ni aucune grave altération dans les organes digestifs (1). C'est sur cette manière aussi nouvelle que hardie d'administrer l'émétique et quelques autres médicaments que Rasori fonda toute une méthode thérapeutique dite méthode *contre-stimulante* ou du *contre-stimulisme*. Il supposa que la vie était le résultat de deux forces également actives, mais opposées, qui se contre-balançaient dans l'état de santé, tandis que la prédominance de l'une d'elles entraînait nécessairement un état de maladie ; ces deux forces étaient désignées par les mots de *stimulus* et de *contre-stimulus*, la stimulation et la contre-stimulation étant l'effet de ces forces mises en jeu. Lorsque l'une d'elles est en excès, elle produirait un état morbide que l'école italienne nomme *diathèse*, et donnerait à l'économie l'*aptitude* de supporter impunément des doses considérables de médicaments très-actifs destinés à rétablir l'équilibre. Les contre-stimulants, tels que l'émétique, l'acide cyanhydrique, la

(1) *Delle peripneum. inflam. e del curarle principal. col tartaro stibiato* (*Opuscoli di medicina clinica*, Milano, 1830, t. II, p. 129), trad. dans les *Archives générales de médecine*, t. IV p. 300 et 415 ; et dans la *Bibliothèque de thérapeutique* de Bayle. Paris, 1828, t. I, p. 198.

digitale, etc., seraient donc des agents ou des puissances qui produiraient sur l'organisme des modifications opposées à celles qui résultent de l'action du stimulus; ces résultats s'opéreraient souvent sans qu'il y ait aucune évacuation : tel est l'émétique, qui, donné à haute dose dans le cours d'une pneumonie, ne provoque souvent ni vomissements ni selles; les contre-stimulistes disent alors qu'il y a *tolérance*.

J'ai exposé le plus succinctement possible les principes de la doctrine italienne, afin de familiariser le lecteur avec des expressions dont elle a consacré l'usage. Il est facile de se convaincre que la théorie du contre-stimulisme ne s'appuie que sur des idées purement spéculatives; mais les faits qui l'ont inspirée sont vrais, et leur connaissance a opéré dans la thérapeutique une véritable révolution. Toutefois on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'un grand nombre d'observations rapportées par Rasori ne peuvent être invoquées comme prouvant l'efficacité de l'émétique à haute dose, car ce remède était généralement employé concurremment avec des émissions sanguines copieuses. Il n'était pas rare, en effet, de voir Rasori tirer à ses malades, dans le cours d'une pneumonie, 4, 6 et 7 kilogrammes de sang, pendant qu'il leur administrait en même temps plus de 62 grammes d'émétique. On concevra qu'en pareil cas il soit impossible de faire la part qui revient à chacun des agents thérapeutiques. Cependant Rasori a cité un relevé de soixante-seize cas de pneumonies traitées exclusivement par les remèdes contre-stimulants; sur ce nombre il aurait perdu neuf malades. Ceci prouve l'action avantageuse qu'on peut retirer de l'émétique seul, employé suivant la méthode italienne; mais Rasori observe que celle-ci ne réussit que dans les pneumonies qui ne sont pas fort graves, tandis que dans celles qui sont plus intenses, les saignées plus ou moins copieuses sont nécessaires pour abattre l'excès du stimulus. Nous verrons dans la suite que cette opinion de Rasori comporte quelques exceptions. Quant aux pneumonies qui ont été traitées concurremment par l'émétique et par les saignées copieuses, Rasori a publié à ce sujet plusieurs documents comprenant la statistique des deux cliniques militaire et civile dont il était chargé. Il résulte de son dernier rapport qu'ayant soigné pendant trois années 648 pneumonies à l'hôpital civil, et 180 à l'hôpital militaire, la mortalité fut de 22 pour 100 dans le premier et de 14 1/2 dans le second (1); résultats qui ne

(1) *Quadro delle peripneumonie* (*Opuscoli di medicina clinica*. Milano, 1830, t. II, p. 205).

semblent pas très-favorables; mais il faut peut-être l'attribuer à ce que Rasori employait sa méthode avec une énergie qui heureusement aujourd'hui ne compte guère d'imitateurs.

Comme on le pense bien, cette pratique si hardie de Rasori fit une grande sensation en Italie, et quoiqu'elle ait rencontré dès sa naissance un grand nombre d'adversaires ou d'incrédules, les praticiens du plus grand mérite, et en particulier Tommasini (1) et Ambri (2), à Parme, se livrèrent à quelques expériences, et vinrent bientôt confirmer publiquement l'efficacité de la méthode nouvelle, qui eut de nombreux prosélytes en Italie, parmi lesquels se distingua longtemps Giacomini, professeur de clinique à Padoue (3).

La pratique de Rasori n'était pas encore connue dans le reste de l'Europe, ou du moins elle l'était à peine, lorsque Peschier (de Genève) fixa sur elle l'attention de ses compatriotes. Pendant cinq années consécutives qu'il exerça la médecine dans le canton de Vaud, les pneumonies y furent fréquentes; deux fois il fut aux prises avec une épidémie grave, et pendant que ses confrères perdaient un grand nombre de malades en suivant les méthodes ordinaires de traitement, il eut, dit-il, la satisfaction de guérir tous ceux qui se confièrent à lui; la guérison chez eux s'opéra promptement, sans rechutes et sans aucun accident. Ces résultats auraient été obtenus par l'administration du tartre stibié à haute dose, sans employer préalablement ou concurremment les émissions sanguines. Peschier a donné une première relation de sa méthode dans la *Bibliothèque de Genève* (4). Postérieurement à cette publication, il recueillit de nouveaux faits, et finit par proscrire tout à fait la saignée du traitement de la pneumonie, affirmant que, par le tartre stibié à haute dose (c'est-à-dire de 3 à 8 décigrammes dans les vingt-quatre heures), il avait guéri tous ses malades, à l'exception d'un seul, qui prit trop tard ce médicament héroïque (5).

Les faits rapportés par Peschier n'ont pas la valeur qu'il leur a attribuée. Je crois bien que, par l'émétique seul, le médecin génevois a dû guérir quelques pneumonies; mais ces guérisons sont beaucoup moins nombreuses qu'il ne le suppose. Peschier confon-

(1) *Sull'azione deprimente e controstimulante di alcuni rimedii, mem. letta il* 11. *Maggio*, 1809. (Voy. *Giorn. della societa M. C. di Parma*, vol. VII.)

(2) *Opera med. prat. et anat. patol. fatte nella spedal civile di Parma, lette in nov.* 1809.

(3) *Traité philosophique et expérimental de matière médicale et de thérapeutique*, traduct. française. Paris, 1842.

(4) *Bibliothèque universelle de Genève, sciences et arts*, t. XX, p. 142.

(5) *Gazette de santé*, 5 et 15 septembre 1825.

dait, en effet, non-seulement les pleurésies et les pneumonies, mais il rangeait sous le titre d'*inflammation de poitrine* toutes les maladies avec ou *sans fièvre*, accompagnées de toux et de douleur de côté fixe ou vague. A ces états morbides si différents il opposait un mode uniforme de traitement. Il est certain qu'un grand nombre des individus dont Peschier parle n'avaient que des pleurodynies, des bronchites ou des pleurésies; cette circonstance explique les succès de sa méthode, succès miraculeux, impossibles, s'il se fût agi de pneumonies, car personne n'en a encore obtenu de pareils, et cela par aucune méthode connue.

Laennec fut le premier médecin qui ait expérimenté sérieusement en France la méthode rasorienne (1); ses recherches, commencées en 1817, furent poursuivies jusque vers la moitié de 1826, époque de sa mort. Quoique Laennec ait guéri plusieurs fois et rapidement des pneumonies intenses par l'émétique seul et sans avoir recours à la saignée, il conseillait néanmoins, pour peu que les malades fussent en état de la supporter, de leur faire perdre 500 grammes de sang, rarement il réitérait l'émission sanguine. Laennec regardait celle-ci comme un moyen d'enrayer momentanément l'orgasme inflammatoire et de donner le temps au tartre stibié d'agir. Immédiatement après la saignée, Laennec donnait une première dose d'émétique de 5 centigrammes dans 70 grammes (ou un demi-verre) d'infusion de feuilles d'oranger tiède ou froide, édulcorée avec 16 grammes de sirop de guimauve ou de fleur d'oranger : la même dose était répétée de deux en deux heures, jusqu'à ce que le malade en eût pris six; il le laissait ensuite reposer pendant sept à huit heures si les accidents n'étaient pas urgents, et s'il éprouvait quelque penchant au sommeil ; mais lorsque la pneumonie était déjà avancée, dans les cas où elle était double, ou bien lorsque l'oppression était forte, et que la tête se prenait, Laennec faisait continuer le tartre stibié sans interruption, de deux en deux heures, jusqu'à ce qu'il y eût un amendement dans les symptômes, et que l'amélioration fût indiquée par les signes stéthoscopiques. Quelquefois même, si la plupart des circonstances aggravantes que je viens d'indiquer se trouvaient réunies, Laennec portait chaque dose d'émétique à 7 centigrammes et demi, ou à un décigramme, et même à 12 centigrammes et demi, toujours dans la même quantité de véhicule. On voit que Laennec ne prescrivait jamais plus de 15 décigrammes d'émétique par jour. Sa pratique différait donc notablement de celle de

(1) *Auscultation*, 4e édit., t. I, p. 610.

Rasori; mais elle se rapprochait de celle adoptée par Tommasini qui, comme Laennec, débutait en général par donner 3 ou 4 décigrammes d'émétique et dépassait rarement 7 ; la seule différence, c'est que le médecin italien employait un excipient moins abondant, puisqu'il suspendait la dose d'émétique seulement dans 125 grammes de liquide (1). Laennec avait pour habitude, lorsque l'émétique provoquait des évacuations le deuxième jour de son administration, d'ajouter aux six doses qui devaient être prises dans les vingt-quatre heures, 30 ou 60 grammes de sirop diacode.

C'est en suivant cette méthode que Laennec est parvenu à obtenir des succès qu'il n'avait jamais eus, ni par les saignées, ni par aucun autre mode de traitement. Il n'a tenu aucune note exacte sur ses malades traités avant l'année 1824, mais il affirme qu'il ne se rappelle pas avoir perdu un seul de ses pneumoniques qui aurait pris le tartre stibié d'une manière convenable. Ayant soigné, en 1824, vingt-huit pneumonies simples ou compliquées d'un léger épanchement pleurétique, mais graves pour la plupart, il vit tous les malades guérir, à l'exception d'un septuagénaire cachectique. Dans le cours de 1825, Laennec traita trente-quatre pneumonies, dont cinq succombèrent; mais il est juste de défalquer de ce nombre deux femmes apportées agonisantes à l'hôpital, et qui ne prirent que deux ou trois doses d'émétique; deux autres malades étaient atteints, l'un d'une maladie organique du cœur, l'autre d'une pleurésie chronique; ils succombèrent à ces affections pendant la convalescence de la pneumonie. Reste un vieillard de soixante et onze ans qui mourut au dixième jour du traitement par l'émétique. Laennec en conclut que sur cinquante-sept pneumonies qu'il a traitées par le tartre stibié à haute dose, il n'a perdu que deux septuagénaires, ce qui donnerait un peu moins d'un mort sur vingt-huit.

Ces résultats ne sont peut-être pas aussi favorables à l'administration de l'émétique que le pensait Laennec. Je crois d'abord qu'il faut considérer à peu près comme non avenus ceux qu'il a obtenus avant l'année 1824, époque pendant laquelle l'administration de l'émétique aurait toujours été couronnée de succès : il est impossible en effet d'attacher la moindre confiance à des faits qui ne reposent que sur des souvenirs plus ou moins confus; d'ailleurs, Laennec paraît avoir été mal servi par sa mémoire, car un de ses élèves, le docteur Delagarde, a publié plusieurs observations de

(1) *Revue médicale*, mai 1825.

pneumonies recueillies dans son service pendant les années 1822, et 1823, et l'on voit que quelques malades succombèrent, malgré l'administration du tartre stibié (1).

Les résultats obtenus en 1824 et 1825 ont une tout autre valeur, puisque Laennec les a appuyés par des chiffres; cependant ils manquent de renseignements suffisants pour leur donner le degré de certitude qu'ils devraient avoir. Comme M. Louis a déjà eu le soin de le faire remarquer (2), Laennec ne donne aucun détail sur l'âge des sujets, sur le nombre des saignées qui leur furent faites, sur l'époque à laquelle on les pratiqua, sur celle où fut administré le tartre stibié, ainsi que sur la durée moyenne de la maladie. Une autre remarque encore plus importante faite aussi par M. Louis, c'est que dans un certain nombre de cas, Laennec s'en remettait à l'auscultation exclusivement pour lui indiquer l'existence des pneumonies; la crépitation, indépendamment de tout autre symptôme local, lui paraissait suffisante pour arriver d'une manière sûre au diagnostic de cette affection, en sorte qu'il a dû admettre des cas de pneumonie chez des individus qui n'offraient que de la crépitation, sans crachats rouillés, sans une altération plus ou moins profonde du bruit respiratoire, sans un degré quelconque d'obscurité du son du thorax dans un point de son étendue; peut-être aussi dans un certain nombre de cas, Laennec a-t-il pris pour des pneumonies certains catarrhes pulmonaires atteignant les dernières ramifications des bronches et s'accompagnant de râle sous-crépitant.

Ces objections de M. Louis sont parfaitement justes, et l'on peut dire qu'elles ont été justifiées depuis par l'aveu d'un élève et d'un parent de Laennec lui-même. M. le docteur Mériadec-Laennec rapporte qu'en consultant ses notes, il avait reconnu que le quart au moins des cinquante-sept pneumonies observées par son cousin, et surtout des trente-quatre traitées en 1825, étaient tellement légères que la diète, le séjour au lit et quelques sangsues ou une petite saignée auraient suffi pour les guérir. Il croit qu'en ne tenant compte que des pneumonies bien caractérisées, et dans lesquelles le traitement a eu le temps d'agir, la mortalité aurait dû être fixée à 1 sur 20 ou même 18 (3). Ce chiffre serait encore, comme on le voit, très-favorable à l'émétique; mais il est probable que si nous possédions plus de renseignements sur tous ces faits, nous

(1) *Archives générales de médecine*, t. IV, p. 481.

(2) *Recherches sur les effets de la saignée*, p. 64.

(3) *Auscultation*, t. II, p. 615, note.

retrouverions également quelque autre circonstance pour expliquer un succès qu'il est, en effet, fort rare d'obtenir, et qui ne peut se rencontrer que momentanément et très-probablement sous l'influence de certaines constitutions médicales.

M. Bouillaud a contesté l'exactitude des résultats indiqués par Laennec ; il a publié, dans deux de ses ouvrages (1), un tableau des guérisons et des décès survenus parmi les pneumoniques reçus dans le service de Laennec pendant les années 1825 et 1826. Il résulterait de ce document, qui a été livré à M. Bouillaud par un ancien externe de la Charité, attaché au service de Laennec, que celui-ci aurait perdu par sa méthode les deux cinquièmes de ses malades. M. Bouillaud n'ose pas en conclure que Laennec a voulu tromper, mais il pense qu'il a fait ses relevés sur des notes peu exactes. Pour moi, si j'avais, comme M. Bouillaud, la conviction que le document qu'on lui a fourni est authentique, je n'hésiterais pas à dire que Laennec a donné sciemment des résultats peu sincères. Comment supposer que Laennec, rendant compte, à la fin de 1825, des effets d'un traitement expérimenté cette année même, ait pu indiquer une mortalité de 1 sur 30, tandis que, d'après l'ami de M. Bouillaud elle aurait été de plus de moitié, ou de 9 sur 17? A supposer que les notes de Laennec eussent été inexactes, ses souvenirs étaient assez récents pour l'empêcher de commettre une erreur qui était impossible si elle n'était volontaire. Laennec a donc été sincère. M. Bouillaud, ayant à choisir entre deux témoignages, l'un d'un homme aussi éminent que l'auteur du *Traité de l'auscultation*, et qui mérite bien d'être cru sur parole ; l'autre d'un médecin honorable sans doute, mais dont le nom est tout à fait inconnu, a opté cependant pour ce dernier, qui lui fournissait des armes pour défendre sa méthode en dépréciant celle que Rasori et Laennec avaient tant exaltée. Pour moi, je soutiens au contraire que le tableau qu'on a livré à M. Bouillaud ne peut être exact, il est facile d'ailleurs de le prouver. Laennec nous parle de trente-quatre malades qu'il aurait traités en 1825, et le tableau officieux n'en indique que dix-sept. Est-ce encore Laennec qui a enflé son chiffre d'admission volontairement ou d'après des notes inexactes? N'est-ce pas plutôt l'officieux ami de M. Bouillaud qu'il faut accuser de distraction ou de négligence? Je n'hésite pas à le croire, car les résultats de Laennec pour l'année 1825 ont été contrôlés par un homme honorable et instruit, par M. le docteur Mériadec-Laennec qui paraît

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, t. XIII, p. 398, et *Philosophie médicale*, p. 235.

avoir recueilli des notes assez exactes sur les malades observés à cette époque, puisque nous avons vu, précédemment, ce médecin expliquer en partie les succès de son maître par le grand nombre de pneumonies bénignes qu'il avait traitées. Il est certain que si Laennec avait dissimulé quelques insuccès, son cousin n'eût pas manqué de les signaler. J'ai cru devoir réfuter un peu longuement un document que M. Bouillaud a eu le tort d'accepter avec confiance; s'il eût été authentique, il aurait porté certainement une grave atteinte à la véracité de Laennec. Heureusement, une pareille imputation ne saurait ternir la gloire impérissable d'un des plus grands génies, et, disons mieux, d'un des hommes les plus utiles qui ait jamais honoré l'école française.

M. Louis est le médecin qui, jusqu'à ce jour, a publié les faits les plus concluants en faveur de l'administration de l'émétique à haute dose dans la pneumonie; car il a recherché la valeur de ce mode de traitement en appliquant à son étude cette méthode rigoureuse dont il a le premier donné les préceptes et l'exemple, et sans laquelle les travaux thérapeutiques ne sauraient avoir aucune espèce de certitude. M. Louis rapporte que de 20 malades atteints de pneumonie auxquels l'émétique fut donné dans des circonstances graves, 3 seulement succombèrent, et ces sujets avaient de soixante à soixante-dix ans. Ces résultats sont d'autant plus favorables que les malades se trouvaient dans des conditions très-fâcheuses lorsque l'émétique leur fut administré. Ils avaient été déjà saignés plusieurs fois, et cependant la maladie avait persisté en prenant plus d'intensité; elle était arrivée, terme moyen, au huitième jour; ajoutons que les sujets qui prirent le tartre stibié étaient généralement plus âgés que ceux auxquels on n'en donna point; ces derniers n'avaient en moyenne que trente et un ans, tandis que les premiers avaient un âge moyen de quarante-cinq ans. Enfin, l'heureuse influence de l'émétique a été encore démontrée par les changements qui suivirent presque immédiatement l'administration du tartre stibié; dès le lendemain, en effet, 15 des 17 sujets qui en prirent, se trouvèrent un peu mieux et même beaucoup mieux, ayant sensiblement plus de force, la physionomie meilleure et la respiration moins gênée; en outre, 13 d'entre eux, dont la poitrine rendait un son plus ou moins complétement mat dans une certaine étendue lorsque l'émétique fut administré, offraient, dès le lendemain, une amélioration notable sous ce rapport, et ces améliorations diverses persistèrent en faisant tous les jours de nouveaux progrès (1).

(1) *Mémoires sur les effets de la saignée*, p. 51.

D'autres travaux ont encore été publiés en France sur l'efficacité de la méthode rasorienne dans le traitement de la pneumonie. Indépendamment des observations isolées et très-nombreuses qui ont été insérées dans nos recueils périodiques, la science s'est enrichie de quelques autres travaux intéressants à divers titres; parmi eux, je citerai les recherches de M. le docteur Danvin (1), celles de M. Ambroise Laennec, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes (2), qui n'a perdu qu'un malade sur treize. Téalier dit aussi avoir reconnu, par des observations multipliées, que l'émétique à haute dose était le mode de traitement le plus efficace et le plus expéditif (3). Il est à regretter que l'auteur se soit contenté de citer quelques faits isolés; il eût été préférable qu'il analysât toutes ses observations, et qu'à l'exemple de M. Louis il eût précisé le chiffre de ses succès et de ses revers. On ne saurait passer sous silence ici un remarquable article publié par M. Rayer (4). Ce travail eût été complet si l'auteur s'était étudié davantage à appuyer ses propositions par des résultats numériques. Je reviendrai plus tard sur quelques-unes des assertions de l'auteur, qui, d'ailleurs, ne me semble pas être un partisan bien ardent de la méthode rasorienne; il ne regarde guère, en effet, l'émétique que comme un moyen accessoire. Enfin, je terminerai l'énumération des principaux travaux entrepris en France sur l'efficacité de l'émétique dans le traitement de la pneumonie, en citant les recherches de M. H. Gintrac (5) et celles de M. Trousseau, qui sont antérieures (6).

Ce professeur a traité, il y a quelques années, par l'antimoine, cinquante-huit pneumonies aiguës, dont deux seulement eurent une issue funeste; aucun de ses malades n'a été saigné à l'hôpital; cinq l'avaient été avant leur admission dans le service, et chez eux la maladie a cédé avec plus de difficulté que chez les autres. M. Trousseau a non-seulement administré l'émétique, mais il a également donné plusieurs autres préparations antimoniales, telles que l'antimoine métallique, le protoxyde, le deutoxyde et le tritoxyde, l'hypo-antimonite, l'antimoniate et l'antimonite de potasse, le ker-

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, 1830.

(2) *Journal de la Société de la Loire-Inférieure*, 3e livr., septembre 1825, et *Auscultation*, t. I, p. 619.

(3) *Du tartre stibié*. Paris, 1832, p. 228.

(4) *Dictionnaire de médecine et de chir. prat.*, t. III, p. 57, article ANTIMOINE.

(5) *Études sur les effets thérapeutiques du tartre stibié*. Bordeaux, 1851.

(6) *Dictionnaire de médecine* en 15 vol., article ANTIMOINE (*Matière médicale*), t. II.

mès, et il déclare que les effets thérapeutiques généraux ont été invariablement les mêmes. Ces faits étaient observés à l'Hôtel-Dieu en 1831 et 1832; mais, depuis l'année 1834, M. Trousseau a été moins heureux, et, tout en reconnaissant que les antimoniaux ont une grande efficacité dans le traitement des pneumonies, il croit que dans la constitution actuelle où il écrit (1839), ils ne peuvent seuls mener à bien les inflammations pulmonaires, et que les pertes de sang sont d'une nécessité évidente.

Un grand nombre de médecins étrangers ont également administré le tartre stibié d'après les préceptes de la méthode italienne; je ne connais pas, à beaucoup près, tous leurs travaux; aussi, serai-je nécessairement très-incomplet dans l'énumération assez rapide que je vais faire, cependant j'espère citer les principaux résultats qu'on a obtenus. Le professeur Bang (de Copenhague) a traité à l'hôpital de Frédéric, cinquante-quatre pneumonies par le tartre stibié à haute dose, la plupart après une saignée préalable; 7 de ces 54 malades furent traités aussi par d'autres méthodes; tous guérirent, à l'exception de 2. Parmi les 45 traités uniquement par le tartre émétique, il y avait 39 hommes et 6 femmes; 9 avaient neuf et dix ans, 20 avaient vingt et trente, 9 de trente à quarante, 4 de quarante à cinquante, 2 de soixante à soixante-dix ans. D'après ces premiers expériments, l'auteur est porté à regarder la méthode rasorienne comme étant aussi sûre que prompte; mais, en homme sage, le professeur Bang désire continuer ce traitement pendant plusieurs années consécutives avant de prendre un parti définitif (1).

M. le docteur Wolff (de Varsovie) a rapporté dix observations de pneumonies qui toutes ont guéri par l'émétique à haute dose, et sans qu'on ait eu besoin de recourir à aucun autre moyen; il paraît que plusieurs autres membres de la Société de médecine de Varsovie ont expérimenté le même remède avec succès, je citerai en particulier le docteur Fialkowski, médecin de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (2). Parlons enfin du docteur Ruef, qui ayant traité par l'émétique à haute dose quatre-vingt-quatorze pneumonies franches, sans complications, n'a perdu que cinq malades; les effets de la médication rasorienne furent parfois si rapides, que l'amélioration commença dès la première moitié de la journée. L'auteur combinait

(1) *Biblioth. for læger*, 1826, cahier 2, p. 113 (analysé dans le *Bulletin des sciences médicales*, t. II, n° 175, et dans la *Bibliothèque thérapeutique*, t. I, p. 268).

(2) *Journal de Hufeland*, 1824 (extrait dans la *Nouvelle bibliothèque médicale*, t. VI, p. 227); et *Bibliothèque thérapeutique* de Bayle, t. I, p. 273.

les saignées avec l'émétique, quelquefois même il saignait assez largement (1).

Ne connaissant ces divers travaux des médecins étrangers que par de simples extraits, je n'ai pu en apprécier bien rigoureusement la valeur. Cependant, nous pouvons en conclure que l'émétique, employé seul ou concurremment avec les émissions sanguines dans le traitement des pneumonies, a produit parfois les plus heureux résultats. En ne tenant compte que des observations dans lesquelles l'action de l'émétique ayant été évidente, a pu être séparée de celle des saignées, nous trouvons 26 morts pour 370 malades, c'est-à-dire que la mortalité n'aurait été que d'un quatorzième environ. Mais quelque intéressants que soient la plupart des travaux que j'ai précédemment cités, il n'en est aucun, à l'exception de celui de M. Louis, où les faits aient été étudiés suivant les principes de la médecine exacte ; les auteurs n'ont presque donné aucun résultat numérique ; ils n'ont point cherché à apprécier rigoureusement l'influence que la méthode rasorienne exerçait sur la marche de la maladie et de ses principaux symptômes, sur la rapidité de la convalescence ; on ne trouve partout que des indications vagues, peu positives, ou bien lorsque les résultats sont mieux précisés, ils ne portent que sur l'analyse d'un petit nombre de faits. Je vais essayer de combler cette lacune. J'étudierai le traitement de la pneumonie par l'émétique à haute dose, en recherchant tour à tour quelle a été son influence sur la marche, sur la durée et sur la terminaison de la maladie elle-même et de ses principaux symptômes. Je rechercherai les modifications qu'on doit faire subir à ce traitement suivant l'exigence des cas particuliers : je tâcherai de préciser l'opportunité de son emploi ; je rechercherai si quelques circonstances individuelles peuvent en contre-indiquer l'usage; je dirai si la méthode rasorienne peut être la cause de certains accidents ; dans l'affirmative, je les décrirai avec soin. Enfin, je rechercherai si l'on peut expliquer quel est le mode d'action de l'émétique administré à haute dose.

Pour éclairer ces nombreuses questions, j'analyserai cent cinquante-quatre observations de pneumonies traitées par l'émétique d'après les principes de l'école italienne. Mais, il importe, pour bien fixer quelle est la valeur thérapeutique de la méthode, de classer les faits en trois groupes.

Dans le premier, je placerai l'histoire de quarante-quatre

(1) *Medicinisch Annalen*, 1836 (extrait dans la *Gazette médicale*, 1836, t. VI, p. 506).

malades traités exclusivement par le tartre stibié et sans qu'on ait eu recours, à aucune période de la maladie, à l'emploi d'un autre moyen actif.

Dans le deuxième groupe, j'analyserai quatre-vingts observations dans lesquelles l'administration de l'émétique fut précédée d'une ou de plusieurs saignées générales ou locales sans que la maladie ait été pourtant modifiée dans sa marche et dans ses principaux symptômes ; *la possibilité de réitérer les émissions sanguines n'était pas encore épuisée ;* mais, au lieu de tirer du sang, on donna l'émétique, c'est-à-dire qu'on suivit, chez ces quatre-vingts malades dont je parle, à peu de chose près le traitement conseillé par Laennec.

Enfin, dans le troisième et dernier groupe, j'ai réuni l'histoire de trente malades qui furent d'abord abondamment saignés ; chez tous pourtant la maladie ne cessa de faire des progrès croissants ; une nouvelle perte de sang étant devenue tout à fait impossible, et le péril étant extrême, l'émétique fut donné en quelque sorte en désespoir de cause et comme pis aller.

§ 1er. — Premier groupe : Émétique à haute dose, et sans l'emploi préalable de la saignée.

On a vu, par l'analyse de quelques-uns des travaux que j'ai cités et en particulier par l'examen que j'ai fait des recherches de Rasori, de Laennec, de Wolff et de M. Trousseau, que l'on pouvait guérir des pneumonies sans le secours des saignées, en administrant l'émétique d'emblée, et aux doses usitées dans la méthode rasorienne. Connaissant ces résultats, je me suis décidé à employer l'émétique, d'abord dans des cas qui semblaient peu favorables aux émissions sanguines; en ayant obtenu quelque avantage, je me hasardai bientôt à en user aussi chez quelques autres malades dont l'état général paraissait exiger d'abord l'emploi de la saignée. Les faits dont je parle sont au nombre de quarante-quatre ; ils ont été recueillis en 1839 et 1840, à l'Hôtel-Dieu (annexe), dans les salles qui m'y ont été momentanément confiées. Parmi ces 44 malades, nous trouvons 8 femmes et 36 hommes; leur âge, variant entre quinze et soixante et onze ans, donnait pour moyenne trente-sept ans ; 20, c'est-à-dire près de la moitié, avaient une constitution grêle, chétive; elle était d'une force moyenne chez 15 ; 9 malades seulement avaient tous les attributs d'une constitution vigoureuse. Il est important de faire observer que tous ces individus étaient habituellement bien portants, ou n'avaient que des incommodités

passagères; les pneumonies que j'ai observées chez eux étaient donc primitives.

Sur les 44 malades dont il est question, il y en a 35 dont la pneumonie était déjà parvenue au degré d'hépatisation rouge, lorsque le traitement par l'émétique fut commencé. Chez les 9 malades restant, la maladie ne me semblait pas avoir encore dépassé le premier degré, du moins dans sa plus grande étendue, car dans quelques points on entendait déjà du souffle pendant l'expiration seulement. D'ailleurs a quelque degré que la pneumonie fût parvenue on pouvait la regarder comme grave chez tous, puisque chez plus des trois quarts, la moitié d'un poumon était envahie, et deux fois la pneumonie était double (1). La réaction fébrile était considérable, car le pouls s'élevait en moyenne à plus de 100 pulsations, et jamais il n'avait été au-dessous de 80; le nombre des respirations était de 35 par minute; la chaleur de la peau, l'anxiété, l'oppression, étaient en rapport avec les symptômes précédents; et la douleur de côté, généralement vive et poignante, existait chez 34 sujets. Comme on peut le voir, la pneumonie avait de l'intensité; et je puis affirmer que, lorsque le traitement fut commencé, il était impossible de prévoir quelle en serait l'issue. Car voulant apprécier rigoureusement l'influence de la méthode, n'ayant aucun intérêt à obtenir un résultat plutôt avantageux que défavorable, n'ayant d'autre but que de m'éclairer, je me suis abstenu de soumettre au même traitement des individus dont la pneumonie bénigne devait nécessairement guérir, de quelque nature que fussent les moyens thérapeutiques qu'on devait lui opposer. Les pneumonies dont je parle étaient simples; elles n'avaient aucun caractère particulier; toutefois il est important de dire que le pouls présentait généralement moins de *résistance* que de coutume. Jamais l'état du pouls ne fut tel qu'il contre-indiquât formellement l'emploi des émissions sanguines; mais il me faisait présumer que, si l'on eût voulu soumettre ces malades à un traitement antiphlogistique, on n'aurait probablement pu pratiquer qu'une ou deux saignées. Ce fut là une des raisons qui me déterminèrent à appliquer à ces individus une méthode de traitement qui avait été si avantageuse dans des cas analogues.

Le traitement par l'émétique fut commencé du deuxième au neuvième jour de la maladie, terme moyen, au quatrième. Le tartre stibié a été presque toujours prescrit, le premier jour du

(1) J'ai commis précédemment une petite erreur. J'ai dit que je n'avais vu que seize cas de pneumonie double; il y en a eu dix-sept.

moins, à la dose de 3 décigrammes, rarement 4, dans 156 grammes d'infusion de tilleul sucrée; je n'ai jamais dépassé 6 décigrammes dans les vingt-quatre heures. Ce n'était que lorsque les effets primitifs de l'émétique avaient été très-intenses le premier jour, que je faisais ajouter les jours suivants de 16 à 32 grammes de sirop diacode : addition parfaitement inutile, ainsi que nous le prouverons plus tard. La potion était administrée de demi-heure en demi-heure, ou d'heure en heure, rarement à de plus longs intervalles; car, voulant être bien certain de l'administration régulière et complète du médicament, et ne pouvant me fier aux infirmiers de veille, je faisais en sorte que la potion dont on donnait généralement la première cuillerée vers onze heures du matin, fût épuisée entre six et neuf heures du soir; elle était alors exclusivement administrée par l'excellente religieuse de la salle, qui savait d'ailleurs saisir à propos les petites indications qui se présentaient pour éloigner ou rapprocher les doses du médicament.

J'ai administré l'émétique en suivant les mêmes précautions, et à des doses variant de 3 à 6 décigrammes, et pendant un temps qui a oscillé, entre un et dix jours; en moyenne, mes malades n'ont pris la potion émétique que pendant trois jours et demi, et l'on peut évaluer à 10 décigrammes la quantité moyenne de tartre stibié que la plupart d'entre eux ont prise pendant toute la durée du traitement; je n'ai jamais dépassé 30 décigrammes. Tous, sans aucune exception, et quelle qu'ait été la terminaison de la maladie, ont éprouvé des effets primitifs plus ou moins nombreux; les selles prédominaient, en général, sur les vomissements, et sur trente-six individus auxquels je fus obligé de continuer l'émétique pendant plusieurs jours, il y en eut dix-sept qui offrirent une tolérance complète après le troisième ou le quatrième jour.

Si nous étudions maintenant les effets de l'émétique sur la terminaison de la maladie, sur la marche de ses principaux symptômes, sur la rapidité et la durée de la convalescence, voici ce que j'ai observé.

Parmi ces quarante-quatre pneumonies, six eurent une issue funeste. La mortalité a donc été inférieure d'un septième; résultat beaucoup moins avantageux que ceux qu'avaient obtenus les auteurs qui avaient suivi avant moi le même mode de traitement. En réunissant, en effet, leurs principaux résultats, on trouve que le chiffre de la mortalité qu'ils ont eue fut à peine d'un sur douze. Ceux de nos malades qui ont succombé se trouvaient, d'ailleurs, dans des conditions plus défavorables que les autres; leur âge moyen dépassait cinquante ans; le traitement fut commencé après le cinquième

jour, et l'un d'eux étant atteint d'un délire violent, nous ne pûmes pas explorer complétement le thorax, la pneumonie fut plutôt *devinée* par nous que diagnostiquée ; aussi la potion stibiée ne fut administrée que pendant deux jours seulement.

La constitution médicale a-t-elle exercé quelque influence sur l'issue de la pneumonie ? Je n'ose l'affirmer. Je dirai pourtant que du mois de novembre 1839 au mois de mars suivant, sur vingt-deux pneumonies que je traitai par l'émétique à haute dose sans saignées préalables, je n'observai qu'un seul cas de mort ; ce fut chez une femme entrée à l'hôpital au huitième jour d'une pneumonie qui avait envahi le poumon dans toute son étendue, et qui était parvenue presque partout à l'état d'hépatisation. Du mois d'avril jusqu'à la fin d'octobre, sur un nombre égal de malades placés *à peu près* dans des conditions semblables, cinq succombèrent ; ce fut pour la plupart dans le courant d'avril. J'ai dit que les malades étaient dans des conditions à peu près semblables ; cependant la vérité me force à déclarer que chez trois des individus qui moururent, le pouls offrait plus d'ampleur et plus de résistance que de coutume. J'ai regretté de n'avoir pas chez eux commencé le traitement par une ou deux saignées copieuses. Cette faute, dont je m'accuse, ne sera pas, du moins je l'espère, perdue pour mes lecteurs.

Recherchant maintenant l'influence du traitement sur les principaux symptômes de la pneumonie, voici ce que l'analyse des faits démontre.

1° *Douleur.* — Le premier signe d'amélioration, celui du moins qui était plus facilement appréciable pour les malades, consistait dans une diminution, et parfois même dans la cessation complète de la douleur de côté, qui souvent avait été excessivement forte et pongitive. Sur trente-quatre malades qui éprouvaient une douleur de poitrine lorsque le traitement par l'émétique fut commencé, il y en a vingt-trois qui furent considérablement soulagés dès le premier jour ; chez cinq, la douleur, qui était extrêmement vive et qui empêchait la respiration et la toux, fut même complétement enlevée. Cette grande amélioration survint tantôt après les premières évacuations produites par l'émétique ; plus rarement la douleur se calma plusieurs heures après que l'effet du remède eut cessé ; les malades fatigués, s'étant livrés à quelques heures de sommeil, s'étaient sentis à leur réveil, soulagés ou même guéris d'une douleur qui avait été jusqu'alors très-pénible pour eux. Chez cinq, la douleur n'a commencé à décroître qu'après la deuxième potion ; chez un autre, ce phénomène a persisté jusque après la troi-

sième; enfin chez six malades, c'est-à-dire sur un peu plus d'un sixième, le point de côté est resté stationnaire, et même chez la moitié, il est devenu plus violent; il a persisté, bien que la maladie s'améliorât sous tous les autres rapports; je fus obligé, pour en triompher, d'avoir recours à l'application de sangsues ou de quelques ventouses.

2° *Pouls.* — La diminution dans la force et dans la fréquence du pouls est un des phénomènes les plus remarquables et les plus constants. Il me serait impossible de préciser l'instant où il commença, car pour le déterminer, il aurait fallu explorer les malades plusieurs fois par jour. Mais examinés moins de vingt-quatre heures après l'administration de la première potion émétisée, j'ai trouvé que sur les trente-huit qui ont guéri, vingt-sept présentaient déjà dans le nombre des pulsations artérielles une diminution qui variait entre dix et quarante par minute; chez six, le pouls n'a diminué de force et de fréquence, et la chaleur ne s'est abaissée qu'après l'administration de la deuxième potion, c'est-à-dire le second jour; quatre fois le pouls a conservé son degré de fréquence pendant le premier et le deuxième jour, et n'a commencé à décroître qu'après le troisième, enfin, chez un seul malade, j'ai vu le pouls continuer à battre avec la même vitesse pendant que tous les autres symptômes s'amendaient, ce phénomène s'est même continué pendant la plus grande partie de la convalescence. Ces résultats sont conformes à ceux qu'avait obtenus M. Trousseau, qui a signalé la diminution dans la force et dans la fréquence du pouls comme un phénomène constant, qu'on observait le plus souvent dès les vingt-quatre premières heures, quelquefois seulement au second jour : il en est de même de la température de la peau, puisque sur cinquante-six malades, cinq seulement ont conservé de la chaleur fébrile quarante-huit heures après l'administration de l'antimoine.

3° *Mouvements respiratoires.* — La diminution dans le nombre des respirations a été un phénomène moins constant que la diminution dans l'accélération du pouls. On peut établir en règle générale, que, lorsqu'il y avait plus de vingt-quatre ou vingt-six respirations par minute, quinze fois sur vingt-six, j'ai vu, après l'administration de la première potion, le nombre des mouvements respiratoires être diminué de six à vingt par minute; dans les autres cas, cette diminution n'a été appréciable qu'après la seconde ou la troisième potion. Si lors de la première administration de l'émétique, le nombre des respirations ne dépassait pas vingt-deux ou vingt-quatre, il n'était pas rare de retrouver le même chiffre au bout d'un

ou de plusieurs jours, bien que l'état du malade se fût amélioré sous tous les autres rapports.

4° *Expectoration.* — Sur trente-trois malades chez lesquels la nature de l'expectoration a été soigneusement décrite pendant toute la durée de la maladie, je vois que chez dix-sept, les crachats qui, avant l'administration de l'émétique, présentaient au plus haut degré les caractères des crachats pneumoniques, étaient plus ou moins décolorés vingt-quatre heures après, et même chez près du tiers la matière expectorée était tout à fait blanche, plus ou moins opaque, point ou à peine visqueuse, ayant en un mot la plupart des caractères des crachats propres aux affections catarrhales. Ces résultats s'accordent encore avec ceux de M. Trousseau; ce médecin a reconnu, que sur les cinquante-six malades qui guérirent, l'expectoration pneumonique disparut quarante-huit heures après l'administration de l'antimoine chez cinquante-quatre, et même chez un quart d'entre eux, vingt-quatre heures ont suffi pour la complète cessation des crachets caractéristiques.

5° *Phénomènes d'auscultation.* — Si l'on excepte un seul malade, chez lequel les phénomènes fournis par la percussion et par l'auscultation, ont continué à s'étendre et à s'accroître dans les quatre premiers jours de l'administration de l'émétique, chez tous les autres, on vit ces phénomènes rester stationnaires ou commencer à décroître à dater de l'administration de la première potion. C'est ainsi que chez dix-huit, des signes de résolution étaient manifestes à la fin du troisième jour; et chez cinq à la fin du quatrième; toutefois les signes stéthoscopiques n'ont jamais été enlevés complétement; car après avoir diminué, ils persistaient encore plusieurs jours ou plusieurs semaines après; et quoique la plupart des malades n'aient pas quitté l'hôpital avant le vingt et unième jour, cependant le plus grand nombre, ou vingt et un sur vingt-huit, présentaient au moment de leur sortie, quelques-uns des phénomènes stéthoscopiques que j'ai signalés précédemment, page 304, quoique sous tous les autres rapports leur santé fût devenue parfaite.

En résumé, nous avons vu que sous l'influence des antimoniaux, les principaux symptômes de la pneumonie se sont le plus souvent amendés ou même ont cessé complétement dès le premier ou dès le deuxième jour de l'administration du médicament, et que ce n'est que dans des cas exceptionnels que nous avons été obligés d'attendre trois ou quatre jours, pour constater les premiers indices de l'amélioration dans la marche de la maladie. Les autres phénomènes, tels que la céphalalgie, la soif, le malaise général, ont

diminué ou cessé avec la même promptitude, et avec une rapidité que nous n'avons observée après aucun autre mode de traitement.

Une chose capitale dans le traitement de la pneumonie par les antimoniaux, d'après M. Trousseau, c'est qu'il n'y aurait pas de convalescence; on craint, dit-il, d'être taxé d'exagération en annonçant que trois jours suffisent quelquefois pour ramener un malade des portes du tombeau à un état de santé tellement satisfaisant que sans la persistance des signes stéthoscopiques, il serait impossible de croire qu'il a existé une pneumonie des plus graves; M. Trousseau, a vu, en effet, plus du tiers de ses malades se lever sans aide, s'habiller et marcher dans la salle avant le huitième jour du traitement. Les faits que j'ai recueillis ont été sous ce rapport aussi favorables à l'émétique que ceux de M. Trousseau, puisque la convalescence de mes malades était complète, terme moyen, au sixième jour du traitement. J'ai également été surpris de l'intégrité des forces à la suite d'une maladie aussi grave que la pneumonie. Un pareil résultat ne doit pas surprendre si l'on réfléchit que les malades n'avaient été débilités par aucune perte de sang, et que la pneumonie assez promptement enrayée dans sa marche ascendante, avait eu une durée plus courte que de coutume. Une circonstance non moins remarquable, et qu'on ne retrouve pas, du moins au même degré, chez les individus qu'on a soumis aux autres modes de traitement, c'est l'énergie avec laquelle l'appétit se réveille dès le lendemain d'un état fort grave. J'ai vu plusieurs individus chez lesquels la convalescence ayant commencé vingt-quatre ou quarante-huit heures après la première potion, je crus pouvoir leur accorder immédiatement du bouillon, mais dans le courant de la journée, la faim devenait si impérieuse, les plaintes si vives, que la religieuse crut devoir souvent dépasser mes prescriptions, et accorder du potage ou même quelques aliments solides qui furent toujours parfaitement digérés; cela d'ailleurs n'eut guère lieu que chez des sujets jeunes. La maladie eut une durée moyenne de dix jours. Beaucoup de mes malades ont voulu sortir de l'hôpital avant qu'ils fussent en état de travailler; mais il en est vingt-huit que j'ai gardés plus longtemps et qui ont pu reprendre les occupations les plus pénibles, telles que celles de boulanger et de maçon, terme moyen, au vingtième jour à dater du début des premiers accidents, et au dix-septième jour du traitement; la convalescence n'a été entravée chez eux par aucun accident; chez deux seulement la fièvre reparut momentanément après avoir cessé depuis trois ou quatre jours; mais il a suffi d'ad-

ministrer la même potion stibiée pendant un jour ou deux, pour voir les symptômes être enrayés de nouveau et d'une manière définitive.

Je n'ai trouvé aucun rapport entre la rapidité de la guérison et le plus ou moins d'intensité des phénomènes primitifs. Sur trente-deux malades chez lesquels j'ai compté exactement le nombre des évacuations que l'émétique provoqua, seize eurent plus de vingt vomissements et déjections ; chez les seize autres, ce nombre ne s'éleva pas à dix, et néanmoins dans l'une et l'autre série la durée de la pneumonie fut exactement de dix jours.

Nous avons vu précédemment que la constitution médicale avait paru exercer une influence sur le degré de mortalité; il m'a paru également que la pneumonie n'avait pas cédé à l'action de l'émétique avec une égale promptitude, de novembre en mars et dans les mois suivants. Chez les malades qui furent traités dans la première de ces deux périodes, le traitement eut une action plus prompte, et la durée de la maladie fut d'un jour plus courte que chez les individus traités dans les mois qui suivirent, et surtout pendant les mois d'avril et de mai; il en fut de même des forces qui furent rétablies très-promptement chez les premiers ; tandis que les autres ne purent reprendre leurs pénibles travaux que quatre jours plus tard.

Chez plus de la moitié des malades qui ont succombé, l'émétique à haute dose a semblé exercer tout d'abord une heureuse influence sur la pneumonie. C'est ainsi que chez quatre individus, le pouls a perdu de sa fréquence, les mouvements respiratoires se sont ralentis ; deux fois, les crachats se sont décolorés, et la douleur de côté, vive la veille, avait complétement cessé ou était presque nulle; enfin les malades disaient éprouver un état de bien-être, de soulagement, qui aurait pu facilement en imposer, et aurait pu faire porter alors un pronostic favorable. Mais en examinant les malades plus complétement, on ne pouvait plus se faire illusion et méconnaître les progrès que la pneumonie avait faits. Les traits en effet portaient l'empreinte d'une altération plus ou moins profonde, la chaleur de la peau était devenue plus vive et plus aride, et l'exploration de la poitrine indiquait communément que la pneumonie avait envahi de nouvelles surfaces. Il est important que de pareils faits ne restent pas perdus; et je dois à ce sujet répéter ce que j'ai dit précédemment, à savoir, que le pronostic de la pneumonie ne saurait être établi par la considération d'un, de deux ou de trois symptômes isolés, mais qu'il faut la réunion, l'ensemble des phénomènes fournis par l'état général et

par l'état local, et lorsque, comme dans les cas précédents, on trouve le désaccord que je viens de signaler entre les principaux symptômes, il faut en conclure que la maladie est en progrès, et l'on doit alors diriger le traitement en conséquence.

§ 2. — Deuxième groupe : Émétique administré d'après la méthode de Laennec.

Ce second groupe comprend 80 malades; leur âge, variant entre seize et soixante-dix ans, donnait pour moyenne trente-cinq ans et demi. La pneumonie était grave chez tous, mais parvenue à des degrés différents. Chez les cinq sixièmes la phlegmasie envahissait, pour le moins, la moitié d'un des poumons, et chez huit elle était double; chez les autres la maladie paraissait limitée à une étendue moindre; mais quoique moins intense dans ce cas, on ne pouvait pas cependant la regarder comme étant bénigne; c'est ce que prouvaient d'ailleurs les symptômes généraux; une, deux et même trois saignées pratiquées avant l'administration de l'émétique n'avaient pas suffi pour enrayer sa marche. Au moment où l'émétique fut administré pour la première fois, toutes ces pneumonies étaient arrivées au deuxième degré, sinon partout, du moins dans leur plus grande étendue. Les malades qui étaient venus à l'hôpital vers le cinquième jour à dater du début, avaient été soumis, dès leur entrée, à un traitement antiphlogistique pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures, car on leur retira depuis 500 grammes jusqu'à 1 kilogramme et demi de sang. La maladie ne fut entièrement enrayée dans aucun cas. Chez ceux qui à leur entrée dans nos salles n'avaient encore qu'une pneumonie au premier degré, on vit au bout d'un ou de deux jours, la phlegmasie s'étendre et passer à l'état d'hépatisation dans les points primitivement envahis. Les symptômes généraux s'étaient accrus en proportion ou bien ils étaient restés à peu près stationnaires chez les trois quarts des sujets. Toutefois, le pouls était devenu, sinon moins fréquent, du moins moins ample et surtout moins dur; chez les autres, on avait noté une diminution de six à huit pulsations et un amendement plus ou moins considérable dans la céphalalgie, dans l'oppression et dans la douleur de côté; il était évident que chez tous le traitement devait être poursuivi. L'état du pouls chez ces sujets permettait de recourir encore à une ou à plusieurs saignées; cependant on se décida pour l'administration de l'émétique à haute dose. Ce nouveau traitement fut généralement commencé du sixième au septième jour à dater du début

des premiers accidents. Le tartre stibié fut donné à peu près aux mêmes doses, aux mêmes intervalles, que chez les malades de la première série. La première potion n'a jamais contenu plus de 5 décigrammes d'émétique ; mais, les jours suivants, la dose a été élevée parfois jusqu'à 10 décigrammes. Les malades ont pris le médicament pendant un temps qui a varié de un à neuf jours ; en moyenne, la durée du traitement par l'émétique fut de quatre jours, et l'on peut évaluer à 2 grammes la dose moyenne d'émétique administrée à chaque malade.

La potion émétique a presque toujours produit, du moins dans les deux premiers jours, des effets primitifs plus ou moins nombreux ; il n'y a que 3 malades qui aient présenté d'emblée le phénomène de la tolérance.

Des 80 malades dont j'analyse actuellement les observations, 10 seulement ont succombé ; c'est un huitième. Ce chiffre est très-favorable et dépose en faveur de l'efficacité du traitement employé. Toutefois, pour ne pas exagérer cette heureuse influence, il est bon de rappeler que la moyenne de l'âge de nos malades n'atteignait pas tout à fait trente-six ans ; cette circonstance explique en partie nos succès. Pour le prouver, il me suffira de comparer mes résultats à ceux que M. Louis a obtenus par la même méthode. Nous avons vu, en effet, que sur 20 malades auxquels il donna l'émétique après les avoir saignés plus ou moins abondamment, 3 succombèrent, ce qui élève sa mortalité à un peu plus d'un septième. Une si grande disproportion tiendrait-elle à ce que les malades de M. Louis commencèrent à prendre l'émétique un jour plus tard que les nôtres ? Il est possible que cette circonstance ait pu avoir quelque influence, mais elle ne saurait peut-être à elle seule rendre compte de la différence notable qui existe entre les deux ordres de faits. Je crois plutôt qu'il faut en chercher la raison dans l'âge des malades qui n'était pas le même ; ceux de M. Louis avaient, en effet, terme moyen, quarante-cinq ans, c'est-à-dire dix ans de plus que les nôtres.

Les faits que je viens d'analyser démontrent, comme ceux de la série précédente, avec quelle rapidité l'administration de l'émétique améliore les principaux symptômes de la pneumonie. C'est ainsi que sur les 70 malades qui ont guéri, il y en a 37 dont le pouls tomba de 10 et même de 30 pulsations, immédiatement après la première potion ; chez 14, la fréquence du pouls ne commença à décroître qu'après la première dose d'émétique ; chez 14, après la deuxième ; chez 5, après la troisième. Si nous considérons l'ensemble des symptômes généraux et des symptômes locaux, nous

voyons que dans plus de la moitié des cas la prise de la première potion fut suivie d'un amendement sensible ou même très-considérable dans la chaleur de la peau, dans la douleur de côté, dans la couleur des crachats, dans l'oppression, ainsi que dans les symptômes fournis par la percussion et par l'auscultation. On peut établir qu'une amélioration très-grande est survenue chez les deux tiers des malades dans les deux premiers jours du traitement par l'émétique.

Chez les 70 malades dont la pneumonie eut une heureuse issue, la convalescence fut établie vers le quatorzième jour, c'est-à-dire deux jours plus tard que pour les individus qui guérirent seulement par les émissions sanguines. M. Louis avait également noté (1) que chez les sujets qu'il avait traités par le tartre stibié, la pneumonie avait duré trois jours de plus que chez ceux qui ne furent pas soumis à cette médication. Devons-nous en conclure que l'émétique a exercé une influence fâcheuse sur la durée de la maladie? dirons-nous que, loin d'avoir accéléré l'heureuse terminaison de la maladie, ce médicament a retardé l'époque de la convalescence? Mais, ainsi que M. Louis l'a remarqué avec si juste raison, l'influence fâcheuse qu'on pourrait supposer n'est qu'apparente. Il faut se rappeler, en effet, que chez mes malades comme chez ceux de M. Louis, le tartre stibié fut administré lorsque déjà plusieurs saignées avaient été pratiquées inutilement; la maladie avait généralement pris alors une plus grande intensité; par conséquent, les forces avaient dû décroître en proportion. Ajoutons que chez les malades qui prirent l'émétique, la première saignée avait été faite presque un jour plus tard que chez les autres; la différence avait été même de deux jours pour les malades de M. Louis. On voit donc que l'émétique fut donné dans des circonstances assez défavorables et dans des cas graves, c'est ce qui explique la durée plus longue de la maladie. Ce qui prouve encore que ce n'est pas le tartre stibié qui a retardé la convalescence, c'est précisément ce que nous avons dit plus haut des malades qui, traités exclusivement par l'émétique, sans saignée préalable, furent convalescents au dixième jour, c'est-à-dire quatre jours plus tôt que ceux qui, après avoir été saignés, ont pris ensuite de l'émétique, et deux jours plus tôt que les individus qui guérirent après l'usage exclusif des émissions sanguines.

D'après ce que je viens de dire, on aura deviné sans doute que si, chez les malades dont je parle, l'époque de la convalescence a

(1) *Recherches sur les effets de la saignée.* Paris, 1835, p. 51.

été retardée, celle-ci a dû être aussi plus longue, les forces ont dû se rétablir plus lentement ; c'est, en effet, ce qui est arrivé. Ainsi, 21 des malades qui ont pris l'émétique après avoir été saignés, et que j'ai pu observer pendant toute leur convalescence, n'ont été en état de reprendre leurs pénibles travaux que vers le vingt-neuvième jour à dater du début, c'est-à-dire sept jours plus tard que ceux qui n'avaient pas pris d'émétique, et neuf jours après ceux qui avaient été traités seulement par le tartre stibié.

§ 3. — Troisième groupe : Émétique à haute dose administré à une époque où il n'était plus possible de recourir aux émissions sanguines.

J'ai réuni dans le troisième groupe, trente malades d'un âge moyen de quarante-neuf ans, qui, comme ceux de la série précédente, ont pris l'émétique après avoir subi plusieurs émissions sanguines ; cependant je n'ai pas dû confondre ces deux ordres d'observations. Nous avons vu, en effet, que chez les malades du deuxième groupe, l'émétique fut administré à une époque où l'état du pouls et des forces permettait et indiquait même de recourir à de nouvelles saignées générales et locales ; le tartre stibié fut alors donné pour suppléer aux émissions sanguines ; nous avons dit que ce fut généralement avec grand avantage. Il n'en fut plus de même chez les malades de la troisième catégorie ; chez eux on avait épuisé la possibilité de saigner ; la pneumonie était arrivée à une période avancée, puisque son début remontait déjà à dix jours ; le pouls était mou, dépressible, les forces épuisées, la moitié des malades au moins était dans un état désespéré, et parmi les moyens actifs de traitement, l'émétique à haute dose parut le seul qui pût être tenté sans inconvénients ; mais la maladie était trop grave et déjà trop avancée pour qu'on dût fonder sur ce moyen de bien grandes espérances. C'est ce qui explique pourquoi, sur ces trente malades, il y en eut dix-huit, c'est-à-dire presque les deux tiers, qui succombèrent ; chez plus de la moitié, la mort arriva dans les deux premiers jours du traitement.

Ce résultat dépose bien moins contre l'efficacité de l'émétique que contre celle des saignées, qui, employées largement, et à une époque voisine du début (quatre jours), n'ont pu empêcher la maladie de faire des progrès continuels ; il est à peu près démontré pour moi, que si l'on avait voulu pousser plus loin les émissions sanguines, on eût infailliblement perdu tous ou presque tous les malades qui ont guéri. Si l'on n'avait pas employé l'émétique, je

suis également porté à croire que, sous l'influence des seules forces de la nature, quelques individus auraient fini par triompher de la maladie ; mais il n'est pas probable que les dix que nous avons sauvés par l'émétique eussent guéri spontanément. Ce qui prouve d'ailleurs l'heureuse influence que le tartre stibié a exercée dans ces cas, c'est l'amélioration rapide qui a suivi son administration. C'est ainsi que chez neuf malades dont la vie était dans le plus grand péril, il survint, après la première, la deuxième ou la troisième potion, une diminution assez considérable dans les accidents, et en particulier dans les symptômes généraux, pour qu'on dût être presque rassuré sur l'heureuse issue de la maladie ; chez un seul malade, les phénomènes morbides ne commencèrent à décroître qu'après la sixième potion, c'est-à-dire le sixième jour du traitement par l'émétique. Chez quelques malades de cette série, la dose de tartre stibié administrée fut assez considérable, plusieurs ont pris, dans l'espace de neuf à dix jours, jusqu'à 10 grammes d'émétique, mais en moyenne, chaque malade n'a guère dépassé 2 grammes. La convalescence s'est déclarée un peu plus tard chez les sujets de cette troisième série que chez ceux des séries précédentes. Chez les premiers, en effet, elle n'a guère commencé que vers le quinzième jour, elle n'était complète qu'au dix-huitième, et lorsque le vingt-septième ou vingt-huitième jour les malades quittèrent l'hôpital, leurs forces n'étaient pas encore complétement revenues. Le retard qu'a éprouvé la convalescence, sa longueur, la lenteur avec laquelle les forces se sont rétablies, s'expliquent par la gravité même de la maladie, par sa durée, par le traitement énergique et débilitant qu'on lui a opposé.

Conclusions des faits qui précèdent. — Les faits qui précèdent ne permettent d'élever aucun doute sur l'heureuse influence que l'émétique, donné à haute dose, exerce sur la terminaison, sur la marche et sur la durée de la pneumonie. En suivant la pratique de Peschier, ou mieux encore celle de Laennec, nous avons vu le chiffre de la mortalité être considérablement diminué; les symptômes les plus pénibles ou les plus graves ont cédé avec une facilité et souvent avec une rapidité inaccoutumées, la convalescence s'est déclarée promptement, et les forces se sont rétablies assez vite.

Si l'on compare les résultats que donne l'analyse des deux premières séries de faits, nous voyons que, dans la première où l'émétique fut donné sans saignée préalable, la mortalité fut plus considérable que chez les sujets de la deuxième catégorie qui, placés dans des con-

ditions d'âge et d'intensité de maladie à peu près semblables, avaient néanmoins guéri en plus grand nombre ; il est bien naturel d'attribuer cet effet aux émissions sanguines qui avaient précédé l'administration du tartre stibié. Mais si les saignées ont eu l'avantage de faire baisser le chiffre de la mortalité, elles eurent l'inconvénient de prostrer davantage les forces et de retarder un peu la convalescence. Cependant remarquons bien que les saignées qui avaient eu ce résultat, avaient été peu nombreuses, peu abondantes, que non-seulement elles avaient été proportionnées aux forces des sujets, mais que même il y avait indication à les réitérer au moment où l'émétique fut administré. Si donc des saignées qui sont indiquées par la nature de la maladie et par la gravité des symptômes, ont pour effet de prostrer les forces, que serait-ce donc des saignées intempestives ou immodérées dont j'ai parlé dans le chapitre précédent?

Somme toute pourtant, le plus ou moins de rapidité avec laquelle la guérison et la convalescence surviennent est une considération tout à fait accessoire, si l'on a égard à l'issue heureuse ou fâcheuse de la maladie. Si, de deux méthodes de traitement, l'une guérit plus sûrement et plus souvent qu'une autre, il faut incontestablement lui donner la préférence, quand même elle aurait sur celle-ci le désavantage d'affaiblir beaucoup plus les malades et de retarder le terme de la convalescence. Voilà pourquoi la méthode qui consiste à ne donner l'émétique qu'après une ou plusieurs saignées préalables, doit être généralement préférée à celle qui consiste à donner d'emblée le tartre stibié comme unique traitement actif. Disons toutefois qu'un système exclusif ne saurait être conseillé ; il est des cas, en effet, où les émissions sanguines sont inutiles ou même nuisibles. Quelque étendue que soit la pneumonie, quelque vives que soient la douleur de côté et la réaction fébrile, si le pouls offre de la mollesse, si, quoique doué d'une certaine ampleur, il résiste peu à la pression du doigt, il faudra s'abstenir de toute émission sanguine. La faiblesse de la constitution, l'âge avancé, la dépression des forces ne seraient pas des raisons suffisantes pour s'abstenir de saigner, si le pouls ne présentait pas d'ailleurs les caractères que je viens d'indiquer. Au contraire, pour peu que le pouls offre de la dureté ou de la résistance, qu'il soit ample ou concentré, il y a indication à tirer du sang ; la saignée sera alors réitérée jusqu'à ce que le pouls ait perdu ces caractères.

Il faut que les pertes de sang soient abondantes, c'est-à-dire d'environ 500 grammes chaque fois. Lorsque deux ou trois saignées

sont nécessaires, elles devront être faites dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures ; il est rarement utile de faire perdre au malade plus d'un kilogramme de sang. D'après la méthode de traitement à laquelle je donne la préférence, on voit que la saignée n'est faite que pour préparer l'économie à recevoir plus utilement l'influence du tartre stibié. Une condition essentielle pour que l'émétique soit utile, et l'on ne saurait trop le répéter ici, *c'est que le pouls ne présente plus aucune dureté*, qu'il soit devenu tout à fait souple. C'est pour avoir méconnu ce précepte que j'ai vu quelques malades auxquels l'émétique avait été donné d'emblée, sans saignée préalable, n'éprouver aucune amélioration, la pneumonie eut même parfois une issue funeste, tandis que ceux chez lesquels, ayant égard à l'état du pouls, on saigna une ou plusieurs fois, éprouvèrent, dans les symptômes généraux et dans les symptômes locaux, cette amélioration rapide que l'émétique produit le plus souvent. Mais je dois insister encore sur ce point, il ne faut pas épuiser la possibilité de saigner ; car un affaiblissement trop grand est une circonstance qui, non-seulement doit retarder la convalescence, mais qui rend l'action de l'émétique plus incertaine.

Ce que je viens de dire des conditions dans lesquelles doit se trouver le malade pour que l'administration du tartre stibié soit utile, explique pourquoi, sous l'influence de certaines constitutions médicales, plusieurs médecins parmi lesquels je citerai Peschier, Wolff et M. Trousseau, ont obtenu des guérisons nombreuses par l'emploi de l'émétique seul, et sans saignées préalables. Il est probable que ces médecins ont réussi dans des cas de pneumonies où le pouls présentait cette mollesse, ce défaut de résistance, que j'avais moi-même noté dans les inflammations pulmonaires que je soignai pendant l'hiver de 1839 à 1840. J'ai dit que, sur vingt-deux pneumonies graves qui furent traitées à cette époque par l'émétique seulement, il n'y en est qu'une seule dont l'issue ait été funeste ; tandis que dans le même temps les malades qui prirent de l'émétique après avoir subi une ou deux saignées générales, subirent une mortalité d'un septième environ, et chez ceux qui guérirent, les accidents ne cédèrent pas avec la même rapidité que par la médication antimoniale exclusive.

Règle générale, je crois pouvoir établir que la méthode préconisée par Laennec, pour le traitement de la pneumonie, est celle qui mérite la préférence. L'administration de l'émétique à haute dose devra être précédée le plus communément par une ou par plusieurs émissions sanguines. Mais quelle que soit d'ailleurs la méthode qu'on ait suivie, on aura sans doute remarqué la rapidité avec laquelle

l'émétique a agi; son action a été souvent presque instantanée, puisque la plupart des malades ont éprouvé une amélioration sensible dans les symptômes généraux et dans les symptômes locaux, dès le premier ou dès le deuxième jour de traitement. Nous avons vu se produire par l'émétique, des effets que nous n'avons jamais obtenus par les saignées les plus copieuses; j'ai dit plus haut, et je répète encore, que chez plusieurs malades qui, au moment de l'administration de la première dose d'émétique, avaient encore une fièvre intense et présentaient tous les signes physiques d'une pneumonie arrivée partout au deuxième degré complet, il a suffi de leur donner 3 ou 4 décigrammes de tartre stibié pour voir, du jour au lendemain, à cet état grave, succéder une amélioration telle, que quelques malades pouvaient être regardés presque comme convalescents, puisque la fièvre avait à peu près complétement cessé et que l'auscultation qui, la veille, faisait percevoir du souffle sans mélange de crépitation, n'indiquait plus le lendemain qu'une diminution dans l'expansion pulmonaire, sans respiration tubaire, et parfois même sans aucun râle. On pourrait dire que dans ces cas la pneumonie avait été réellement *jugulée*, si un pareil effet eût été obtenu au début et pendant la période ascendante de la phlegmasie.

Dans le traitement de la pneumonie par l'émétique, on avait également remarqué un fait très-intéressant, c'était l'augmentation, quelquefois considérable, des forces, dès le lendemain de l'administration du médicament. Ce fait est d'autant plus remarquable que l'action du tartre stibié a été accompagnée, comme l'observe M. Louis, de selles et de vomissements nombreux qui auraient dû, au contraire, avoir pour effet de prostrer les forces des malades.

Après avoir indiqué les effets du tartre stibié sur la marche et sur la durée de la pneumonie, et après avoir déterminé les cas où il est le plus souvent utile, je vais exposer quel est son meilleur mode d'administration, ainsi que les effets immédiats qu'il produit.

§ 4. — **Doses et mode d'administration de l'émétique. — Effets primitifs, tolérance, etc.**

Par quelle dose d'émétique faut-il commencer? Quelles règles doit-on suivre dans l'administration de ce médicament? Ce sont deux questions importantes qui doivent nous occuper un moment.

Il était rare que Rasori donnât moins de 1 gramme 3 décigrammes d'émétique dans les vingt-quatre premières heures; chez

l'adulte, il portait parfois d'emblée cette quantité à 2 grammes, il augmentait tous les jours, suivant la marche de la maladie. Nous avons vu, d'autre part, que Laennec donnait rarement plus de 3 ou 4 décigrammes d'émétique dans la première journée. C'est cette dernière dose qui fut adoptée pour la plupart de nos malades, soit par Chomel, soit par nous-même ; ce ne fut que dans des cas fort rares, tout à fait exceptionnels, qu'on commença par administrer 6 ou 8 décigrammes. J'ignore ce qui serait arrivé si l'on eût suivi plus souvent cette dernière pratique ; c'est à ceux qui l'ont adoptée à comparer leurs résultats à ceux que j'ai trouvés moi-même ; je crois d'ailleurs que la dose ne saurait être invariable pour tous ; il faut tâter d'abord le degré de susceptibilité de chacun, et ne pas commencer, comme le dit Giacomini, par assommer la vitalité en administrant des doses trop considérables.

L'émétique qui fut ordonné à mes malades a été administré dans une potion d'environ 150 grammes, faite avec l'eau de tilleul et de feuilles d'oranger sucrée, contenant exceptionnellement 16 ou 32 grammes de sirop diacode; je rechercherai bientôt l'influence qu'a pu exercer cette dernière préparation. La potion était administrée en général toutes les heures ; cependant on en rapprochait les doses, ou bien on les éloignait suivant l'influence qu'elle exerçait sur l'estomac et sur le tube digestif.

A moins que la maladie ne s'amendât d'une manière notable après la première potion, j'étais et je suis toujours dans l'usage d'augmenter la dose du médicament pendant plusieurs jours. Si la pneumonie s'est beaucoup aggravée, souvent alors la quantité d'émétique que je prescris est double de celle de la veille ; je n'ai pourtant jamais dépassé 1 gramme 3 décigrammes pour vingt-quatre heures. Je ne blâme pas ceux qui font autrement ; je pense toutefois qu'on devrait donner rarement plus de 2 grammes d'émétique par jour, et je ne conseillerais surtout à personne d'imiter la hardiesse de Rasori.

L'émétique convient aussi dans la pneumonie du jeune âge. Il faut seulement l'employer avec la plus grande réserve, redouter à cette époque de la vie le collapsus qui suit parfois des effets primitifs trop considérables. Chez les enfants à la mamelle, on ne devra pas donner plus de 5 centigrammes ; chez les enfants plus âgés, à deux ou trois ans par exemple, on peut commencer par 10 ou 15 ; au delà de cinq ou six ans, on pourra débuter par 20 centigrammes ; mais, je le répète encore, il importe de bien surveiller les effets du médicament, d'en graduer l'action, si l'on ne veut pas provoquer des accidents cholériformes auxquels grand nombre

d'enfants ont succombé plutôt encore qu'à la maladie elle-même. Je n'ai pas remarqué que le mode d'administration et la dose de l'émétique dussent être sensiblement modifiés chez les vieillards. L'opportunité est la même que pour les adultes ; seulement il faudra chez les premiers, comme on le fait pour les enfants, surveiller l'action du remède et redouter l'action dépressive qu'il peut produire sur des organismes déjà plus ou moins affaiblis.

Donné comme je viens de le dire, quel que soit d'ailleurs l'âge des malades, l'émétique provoque communément des vomissements et des garderobes en nombre plus ou moins considérable; c'est là ce qu'on nomme les *effets primitifs de la médication*. Sur les 154 malades qui furent soumis à l'action de l'émétique, on n'en compta que 12 chez lesquels le médicament fut absolument toléré pendant toute la durée du traitement.

Ce résultat semble être en opposition avec ce qu'ont vu Rasori et Laennec; le premier dit, en effet, qu'il avait observé la tolérance chez un grand nombre de malades; Laennec prétend aussi l'avoir vue sur *beaucoup;* mais ces expressions vagues ne sauraient donner à l'esprit aucune indication, même approximative; je suis convaincu que si Rasori et Laennec avaient compté les faits, ils auraient émis une opinion différente. Je crois que la tolérance de l'émétique s'établit rarement dès le premier jour; c'est aussi l'opinion émise par M. Rayer.

Chez des malades qui, après avoir pris la potion stibiée, eurent des effets primitifs, les six septièmes éprouvèrent à la fois des vomissements et des selles; un septième n'éprouva que l'une ou l'autre de ces évacuations. Dans les deux tiers des cas, les vomissements commencèrent de dix minutes à une heure après que les malades eurent pris la première cuillerée de potion; les selles eurent lieu un peu plus tard, en moyenne, trois heures un quart après la première dose, c'est-à dire à une époque où l'on avait déjà administré aux malades trois cuillerées de la potion. Les effets primitifs continuaient généralement jusqu'à ce que la potion fût épuisée, ils persistaient même, les selles surtout, une ou plusieurs heures après. Le nombre des évacuations varia beaucoup; il est rare que les malades en aient éprouvé moins de six ou huit. Presque toujours les selles furent plus nombreuses que les vomissements. Il ne fut pas très-rare de voir des malades éprouvant dans les vingt-quatre premières heures dix, quinze vomissements et jusqu'à vingt ou trente déjections. Les vomissements seuls sont pénibles; les malades ressentent ce malaise général, cette anxiété, en un mot, les phénomènes incommodes qui précèdent et accompagnent

le vomissement naturel, et qui sont ici d'autant plus pénibles que cet acte se reproduit un plus grand nombre de fois. Les évacuations alvines, au contraire, ont lieu sans douleurs, ou du moins les coliques qui les annoncent sont légères, et ce n'est que dans des cas assez rares, chez un huitième environ, que les malades accusent des élancements, des tortillements ou du ténesme. Les matières rendues consistent, pour les vomissements, en un liquide jaune ou verdâtre, ordinairement amer; les selles sont communément liquides, très-jaunes, fétides.

Lorsque les évacuations avaient été très-répétées, les malades accusaient de la fatigue, du malaise; plusieurs eurent des lipothymies ou une grande irrégularité du pouls; mais un sommeil de quelques heures suffisait pour réparer ces troubles divers, et généralement alors les malades éprouvaient un sentiment de bien-être.

Lorsque la potion était administrée plusieurs jours de suite, le nombre des évacuations alvines et des vomissements diminuait beaucoup, même dans les cas où l'on avait augmenté la quantité d'émétique; il y eut pourtant quelques exceptions à cette règle. D'ailleurs plus de la moitié de ces malades a fini par présenter plus ou moins complétement le phénomène de la tolérance, et j'ai remarqué, comme M. Rayer, que celle-ci s'établissait d'une manière plus prompte et plus permanente pour l'estomac que pour les intestins. Il n'y a aucun rapport entre l'intensité et la fréquence des phénomènes primitifs et la rapidité de la convalescence; c'est ce que j'ai déjà précédemment établi. Ayant essayé de comparer la durée de la maladie, chez trente individus qui avaient éprouvé au moins trente évacuations, et chez trente autres qui n'en avaient eu qu'une douzaine, j'ai trouvé que la durée moyenne avait été exactement la même dans les deux séries de malades.

J'ai dit que chez douze malades, l'émétique, administré pendant plusieurs jours à dose toujours croissante, n'avait jamais produit d'effet primitif. J'ai essayé à ce sujet de découvrir quelles sont les conditions individuelles qui rendent ainsi l'économie moins susceptible à l'action du tartre stibié, et voici ce que j'ai remarqué. Il m'a paru évident qu'un âge avancé était une circonstance qui rendait plus facile l'établissement de la tolérance soit primitive, soit secondaire; c'est ainsi que, sur les 12 malades qui n'ont jamais éprouvé d'effets primitifs, 11 avaient plus de quarante ans; sur 6 individus au-dessus de soixante-dix ans qui furent traités par l'émétique, 4 ont toujours présenté de la tolérance; enfin sur 16 malades chez lesquels la tolérance s'établit rapidement après les deux premières potions stibiées, plus de la moitié dépassait l'âge de cinquante ans.

La gravité de la maladie a peut-être aussi de l'influence sur le plus ou moins de facilité avec laquelle la tolérance s'établit. Sur les douze malades qui n'eurent jamais d'effets primitifs, neuf succombèrent. Que la première potion ait eu des effets primitifs, nombreux ou rares, on ne peut pas en conclure que la tolérance s'établira promptement ou lentement.

La tolérance, une fois établie, peut cesser lorsqu'on augmente la quantité d'émétique, ou lorsque les malades prennent beaucoup de boisson, ou bien sous l'influence de toute autre cause, le plus souvent difficile à apprécier. D'ailleurs, l'estomac et le reste du tube digestif perdent promptement l'aptitude qui leur permettait de supporter impunément de fortes doses d'émétique ; car si chez un malade qui présente actuellement la tolérance on suspend le traitement pendant quelques jours, pour le reprendre ensuite à l'occasion d'une recrudescence de la maladie, on voit que les mêmes doses d'émétique, qui il y a peu de temps ne déterminaient ni vomissements ni selles, et même que des doses inférieures provoquent ordinairement des évacuations presque aussi nombreuses qu'au début du traitement.

Rasori et les médecins de son école ont prétendu que l'aptitude de l'organisme à supporter de fortes doses d'émétique, sans produire ni vomissements ni selles, n'existait que dans l'état morbide et disparaissait avec lui. C'est ainsi que lorsque la maladie a cessé, dit Rasori, le phénomène merveilleux de l'aptitude cesse également, et alors l'émétique, qui d'abord semblait sans action, non-seulement ne peut plus être administré impunément à haute dose, mais il ne peut même être donné en quantité la plus minime sans produire ses effets habituels. Cette opinion du célèbre professeur de Milan ne me paraît point exacte. En effet, dans presque tous les cas où la tolérance s'est établie pendant l'état d'acuité de la maladie, je l'ai vue continuer durant sa période de décroissance et même pendant la convalescence, c'est-à-dire lorsque le mouvement fébrile avait cessé depuis plusieurs jours. C'est ainsi que quelques-uns de mes malades digéraient des potages, et même quelques aliments solides, tout en prenant une potion qui contenait 3 ou 4 décigrammes d'émétique; celle-ci était parfaitement tolérée. M. Rayer a même remarqué que, pendant la convalescence des pneumonies dont la résolution s'opère, le tartre stibié, à la dose de 3 décigrammes, paraît parfois ranimer le sentiment de la faim ; la digestion des aliments n'est pas dérangée par ce remède, lorsqu'on a soin de l'administrer trois heures avant ou trois heures après les repas. C'est ainsi que plusieurs des malades de M. Rayer étaient à

la demi-portion d'aliments, lorsqu'ils prenaient encore la potion stibiée, qu'ils toléraient parfaitement. Dirons-nous, avec Rasori, que chez les sujets dont je parle les symptômes de la maladie ont diminué sans que la *diathèse ait perdu de son intensité;* ce serait expliquer un fait par une idée théorique, dont rien d'ailleurs ne saurait prouver l'exactitude.

Lorsque la première potion stibiée n'avait pas produit d'amélioration, lorsque surtout la pneumonie avait fait de nouveaux progrès, nous avons déjà dit que presque toujours on augmentait les doses d'émétique. C'est ainsi qu'au lieu de 3 ou 4 décigrammes que les malades avaient pris la veille, on leur en prescrivait immédiatement 6 ou 8, quantité que nous avons rarement dépassée. Nous nous sommes, à ce sujet, conformé à un précepte de Rasori, qui veut que les doses d'émétique soient en rapport avec les variations de la pneumonie ; faibles au début de la maladie, il faut les augmenter lorsque celle-ci arrive à son plus haut degré, et les diminuer progressivement au fur et à mesure que les accidents s'amendent. Mais faut-il croire, avec Rasori, que l'aptitude du corps à supporter utilement de fortes doses d'émétique, est en rapport direct avec les différentes phases de la maladie ; est-il vrai que, si la maladie s'aggravant, on augmente la quantité du tartre stibié, celui-ci sera plus facilement toléré? Je crois que cette opinion n'est pas généralement vraie ; c'est ainsi que, sur cinquante-six malades chez lesquels la quantité d'émétique fut augmentée au fur et à mesure que la pneumonie faisait des progrès, il y en eut quarante chez lesquels une dose d'émétique plus forte que celle de la veille de 1 à 3 décigrammes, fut suffisante pour amener la cessation de la tolérance qui existait déjà ; lorsque celle-ci n'était pas encore établie, on observait des selles et des vomissements plus nombreux que les jours d'auparavant. Chez quatre malades, seulement, la tolérance qui s'était établie avec une potion de 3 décigrammes, se maintint lorsque la dose d'émétique fut portée à 5 ; enfin, chez les douze autres individus, des effets primitifs nombreux ayant été produits par 3 ou 4 décigrammes de tartre stibié, nous vîmes la tolérance s'établir le jour où l'on prescrivit aux malades une dose plus considérable du médicament.

Je crois, d'ailleurs, que l'action plus ou moins prompte de l'émétique, que les effets primitifs plus ou moins nombreux qu'il provoque, que la tolérance qui s'établit d'une manière plus ou moins complète et rapide, ne peuvent s'expliquer que par l'influence secrète des prédispositions individuelles. Il y a tant de différences, tant de bizarreries dans l'action de l'émétique, qu'on ne saurait

formuler à cet égard aucune loi fixe. Les auteurs ont admis des modifications nombreuses dépendant de l'âge, du sexe, de la constitution des individus ; mais rien n'est encore démontré sur ce point. Ainsi, Giacomini a dit (1) que la susceptibilité naturelle à recevoir l'impression des contre-stimulants était plus grande dans l'âge tendre et chez les sujets délicats, ce qui est probablement vrai ; mais il prétend aussi que le degré de tolérance est plus grand proportionnellement chez la femme que chez l'homme, c'est ce que je n'ai pas vérifié. On a dit aussi que les tempéraments sanguins, irritables et énergiques, résistaient davantage à l'action des contre-stimulants; enfin, on prétend que dans les pays chauds ces agents sont moins actifs que dans les climats froids, où ils auraient parfois, dit Giacomini, des effets formidables. Si ce dernier fait était exact, on s'expliquerait jusqu'à un certain point pourquoi, en Italie, on peut porter l'émétique à des doses considérables que nous tremblerions ici d'administrer à nos malades, car ils seraient peut-être la cause d'accidents qui sont rarement observés dans la péninsule.

La tolérance étant, d'après l'opinion de quelques personnes, une condition favorable à l'action du tartre stibié, on a cherché les moyens de l'établir le plus promptement possible. Les uns ont conseillé de suspendre l'émétique dans une plus petite quantité de véhicule (125 à 150 grammes), suffisamment sucré et aromatisé. Je crois que ce conseil est bon, car la grande quantité de liquide augmente les vomissements ; ayant vu donner quelquefois l'émétique dans 4 à 500 grammes de liquide, je constatais alors des effets primitifs beaucoup plus nombreux. Lorsque les évacuations continuaient le deuxième jour, ou lorsque, dès le premier, il y avait lieu de craindre que l'émétique fût difficilement supporté, Laennec faisait ajouter à la potion stibiée 32 ou 64 grammes de sirop diacode, association contraire aux idées théoriques de Rasori. Presque tous les médecins de nos jours ont imité la pratique de Laennec, et je l'avais moi-même adoptée. Lorsqu'on administre d'abord l'émétique à haute dose, surtout si c'est chez des vieillards ou chez des sujets profondément débilités, craignant d'augmenter l'état de faiblesse par des évacuations excessives, la généralité des médecins ajoutent à la première potion stibiée qu'ils donnent, 16, 32 ou 64 grammes de sirop diacode. J'ai voulu me convaincre si les préparations opiacées avaient quelque influence pour hâter la tolérance; or, l'analyse des faits m'a démontré qu'une pareille addition était complétement inutile. J'ai choisi seize malades auxquels, pour les raisons

(1) *Matière médicale*, article TARTRE STIBIÉ.

que je viens d'indiquer, on administrait une première potion stibiée, contenant pour 3 ou 4 décigrammes d'émétique, une quantité d'opium variant entre 2 centigrammes et demi et 5 centigrammes; or, tous ces individus eurent des effets primitifs, et chacun d'eux eut, en moyenne, sept vomissements et huit déjections. Chez seize autres malades, placés dans des conditions d'âge et d'intensité de maladie à peu près semblables, la première potion stibiée qui fut prescrite contenait la même dose d'émétique que chez les premiers, mais sans addition d'aucune préparation opiacée, et pourtant ces individus n'éprouvèrent, en moyenne, que six vomissements et huit selles. Cette première série de faits démontre donc que l'opium ajouté à la première potion stibiée qu'on administre n'a pas pour effet de modérer notablement l'action que l'émétique exerce naturellement sur la surface de l'estomac et sur celle des intestins.

J'ai recherché ensuite si, lorsque la potion émétisée ayant produit une superpurgation, on ajoute de l'opium aux potions suivantes, il fallait rapporter à ce médicament la diminution des évacuations ou la tolérance qui est survenue. Pour éclairer cette question, j'ai choisi trente malades ayant tous éprouvé des effets primitifs nombreux à la suite de l'administration d'une première potion émétisée : chez quinze, dans le but de modérer les évacuations, on mit dans la potion administrée le deuxième jour, 16 ou 32 grammes de sirop diacode; or, voici ce qui eut lieu. Chez le tiers des malades, la tolérance fut complète; les autres eurent des effets primitifs beaucoup moins nombreux que la veille, puisque le nombre des évacuations ne fut, en moyenne, que de cinq pour chacun d'eux. Mais est-ce à l'opium qu'il faut attribuer un pareil résultat? Je ne le crois pas. Chez les quinze autres malades qui avaient eu des effets primitifs très-nombreux, on ne fit aucune addition d'opium dans les potions stibiées qui furent prescrites les jours suivants; et, nonobstant cette omission, le phénomène de la tolérance fut noté chez plus du tiers des malades; ceux qui continuèrent à avoir quelque évacuation, n'en eurent guère que cinq dans les vingt-quatre heures. Les deux ordres de faits que je viens d'analyser démontrent, je crois, d'une manière suffisante, que l'opium qu'on ajoute aux potions stibiées pour favoriser la tolérance ou pour modérer le nombre des évacuations alvines et des vomissements ne remplit pas l'indication qu'on se propose. Une nouvelle preuve d'ailleurs que l'opium n'est pour rien dans l'établissement de la tolérance, c'est que presque tous les malades chez lesquels ce phénomène s'est montré à la suite d'une potion contenant du sirop diacode, continuèrent à le présenter les jours suivants, quoiqu'on

eût supprimé le médicament narcotique dans le but de provoquer de nouveau quelques effets primitifs.

La diminution des évacuations ou même la tolérance, qui s'établit promptement après une superpurgation, et nonobstant l'emploi continu de la potion stibiée, semblent dépendre de ce que l'estomac et les intestins s'habituent promptement à la stimulation que l'émétique produit sur eux, et nullement à l'opium. Je pense donc qu'on peut s'abstenir d'ajouter aux potions stibiées aucune préparation narcotique, cette addition étant tout à fait inutile et ne pouvant remplir le but qu'on se propose; mais je dois avouer qu'elle m'a paru exempte de toute espèce de danger, et je ne saurais partager les préventions du docteur M. Ruef, qui regarde l'emploi de l'opium, au début des pneumonies, comme capable de provoquer le passage à l'état d'hépatisation (1), opinion d'ailleurs émise à diverses époques et dans différents pays.

§ 5. — Contre-indications à l'emploi de l'émétique dans le traitement de la pneumonie.

Le plus grand nombre des médecins ne se décident aujourd'hui à employer la potion stibiée dans le traitement de la pneumonie, qu'autant que les organes digestifs sont dans un état d'intégrité parfaite : il leur suffit que les malades aient éprouvé quelques coliques, quelques vomissements ou plusieurs selles diarrhéiques, ou que le ventre soit légèrement douloureux, pour leur donner les plus vives appréhensions et leur faire proscrire tout à fait l'emploi de la méthode rasorienne. Je crois ces craintes exagérées, elles n'ont le plus souvent aucune espèce de fondement. Laennec avait déjà remarqué (2) que la rougeur de la langue, qu'une douleur très-marquée à l'épigastre ou dans toute autre partie de l'abdomen, et augmentant par la pression, qu'une diarrhée abondante avec ténesme ne l'avaient point arrêté; et loin de voir alors les symptômes abdominaux s'accroître par l'administration de l'émétique, comme la théorie l'indiquait d'avance, Laennec constatait souvent, au contraire, que les phénomènes morbides des organes digestifs disparaissaient sous l'influence du tartre stibié aussi rapidement que ceux de la maladie principale. Les observations que j'ai recueillies moi-même sont entièrement favorables à la pratique de Laennec. Dix malades, quoique éprouvant des coliques légères, de

(1) Voy. *Medicinische Annalen*, 1830, t. II.

(2) *Auscultation*, t. I, p. 631.

la diarrhée, une sensibilité du ventre à la pression, prirent la potion stibiée, et dans aucun de ces cas les symptômes abdominaux ne se sont aggravés; souvent même il y eut un amendement notable; deux malades qui avaient des douleurs ombilicales très-vives, accompagnées de selles nombreuses (10 à 12 par jour), prirent néanmoins une potion contenant 3 décigrammes d'émétique, dès le lendemain, la sensibilité du ventre avait presque cessé, et, chose remarquable, le nombre des selles qui aurait dû s'accroître sous l'influence du tartre stibié, diminua au contraire de plus de moitié. Cependant, je me hâte de dire que si les intestins et surtout si l'estomac étaient le siége d'une phlegmasie bien accusée, il faudrait s'abstenir de donner l'émétique, car l'administration de cet agent pourrait beaucoup aggraver l'inflammation du ventre. La potion stibiée serait également contre-indiquée chez les sujets qui sont affectés de quelque lésion grave des organes digestifs, tels que le ramollissement de la muqueuse stomacale, l'induration squirrheuse de l'estomac, etc. Il faut aussi s'abstenir de donner l'émétique chez les individus qui sont affectés depuis longtemps de diarrhées chroniques, le plus souvent symptomatiques d'ulcérations tuberculeuses des intestins. M. Trousseau dit avoir vu périr rapidement des phthisiques à la suite de l'administration des antimoniaux, qui avaient aggravé l'affection tuberculeuse de l'intestin (1). Il faut donc être très-sobre des préparations stibiées dans le traitement des pneumonies qui affectent les phthisiques, lorsqu'il existe du côté des intestins ces lésions graves que provoque vers ces organes l'extension de la diathèse. Il est presque inutile de dire que l'existence d'une ou de plusieurs hernies ne saurait contre-indiquer l'emploi de la potion stibiée, pourvu qu'on ait soin de les maintenir exactement par un bandage approprié.

La première contre-indication pour l'emploi du tartre stibié serait, d'après Laennec, le défaut de *tolérance* s'annonçant par des évacuations trop abondantes. Je ne saurais adopter cette opinion d'une manière absolue, car je crois les effets primitifs de l'émétique utiles, même lorsqu'ils se reproduisent pendant plusieurs jours de suite. Si chaque administration de tartre stibié était suivie d'un amendement dans les symptômes, il faudrait, sans contredit, en continuer l'emploi, malgré les évacuations abondantes qui pourraient survenir; mais lorsque, après avoir donné pendant trois ou quatre jours des doses croissantes d'émétique, on voit la maladie faire des progrès et le médicament n'être point toléré, on ne doit

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. III, p. 226.

point insister davantage, car l'expérience prouve que l'émétique agit très-promptement ou n'agit pas du tout; aussi lorsque après deux ou trois jours, quatre au plus, on n'obtient aucun amendement dans les symptômes graves, il faut abandonner la médication pour recourir à des moyens plus efficaces.

Un état de grossesse plus ou moins avancé est-il une contre-indication à l'emploi de la potion stibiée? n'est-il pas à craindre en effet que les secousses violentes du vomissement, que les évacuations alvines abondantes ne provoquent l'expulsion du fœtus? Un seul fait que j'ai observé semblerait justifier ces craintes. Une femme enceinte de quatre mois et affectée d'une pneumonie de médiocre intensité, pour laquelle elle avait été saignée deux fois, avorta le lendemain de l'administration d'une potion contenant 4 décigrammes d'émétique. Cependant j'hésite à croire que ce médicament ait été la cause véritablement déterminante de la fausse couche; les évacuations avaient été en effet peu abondantes et peu répétées, et il n'y aurait pas plus de raison d'accuser l'émétique que les saignées qui avaient été faites tout d'abord. Je crois plutôt que la pneumonie fut la cause principale de l'accident. Pour prévenir celui-ci, il faut combattre hardiment la pneumonie par les moyens dont l'expérience a démontré l'efficacité; à ce titre, l'émétique devra être donné dès que l'état du pouls le permettra. Je ne crois pas qu'on doive se laisser arrêter en pareil cas par la crainte des secousses que les vomissements peuvent imprimer à l'utérus, il me suffira en effet de rappeler que les femmes qui éprouvent, pendant une grande partie de leur grossesse, ces vomissements sympathiques que rien ne peut modérer, n'avortent cependant pas en plus grande proportion que celles dont les fonctions digestives sont intactes. D'ailleurs, j'ai donné bien fréquemment l'émétique ou l'ipécacuanha à des femmes enceintes, pour combattre les symptômes de l'embarras gastrique, sans que j'aie jamais eu à déplorer aucun accident. Dans le traitement des maladies aiguës qui affectent les femmes enceintes, il ne faut jamais oublier que l'avortement est à craindre, moins par les moyens énergiques que l'on emploie que par la nature et l'intensité de la maladie; la première indication est donc de s'opposer à ses progrès par tous les moyens usités. Mais c'est ici surtout qu'il importe de ne pas outre-passer les bornes de la prudence.

Ayant observé toutes les épidémies cholériques qui ont sévi à Paris depuis 1832, j'ai acquis la conviction que, pendant le règne de cette affection, il fallait employer le tartre stibié à haute dose avec une excessive réserve. J'ai vu bien des fois l'émétique, admi-

nistré pour obtenir la résolution d'une pneumonie, provoquer les symptômes du choléra algide : on ne devra donc, en temps d'épidémie cholérique, ne recourir à cette médication que lorsqu'il y a absolue nécessité et lorsque les autres méthodes ont échoué.

§. 6 — Accidents qui peuvent être produits par l'administration de l'émétique à haute dose.

L'usage intérieur de l'émétique peut produire divers accidents; ils sont surtout fréquents du côté des organes digestifs. J'ai noté que, chez un peu plus du sixième des malades qui ont fait usage de l'émétique à haute dose, il se développe vers l'arrière-bouche et sur le pharynx des lésions phlegmasiques que quelques-uns ont parfois considérées comme étant la conséquence d'une sorte d'intoxication ou d'une *saturation antimoniale*. Cette interprétation est des plus erronées; les accidents dont je vais parler ne surviennent pas parce que l'économie a été saturée d'émétique, mais bien à cause d'une action directe, immédiate et toute locale du médicament sur la membrane muqueuse.

Des malades, après avoir pris plusieurs jours de suite la potion stibiée, accusent quelquefois une douleur plus ou moins vive dans le pharynx, ils ont dans la bouche et dans la gorge une sensation de constriction, de sécheresse et de chaleur; la déglutition est difficile, douloureuse. L'examen des parties malades ne fait parfois découvrir rien autre qu'un peu de rougeur et de sécheresse de la membrane muqueuse, qui est comme luisante. Le plus souvent, pourtant, celle-ci est tapissée dès le début par un mucus épais, visqueux et filant : il n'y a d'abord qu'une *angine érythémateuse*. Mais à une période plus avancée, les parties phlogosées de l'isthme du gosier se recouvrent d'une matière pultacée, parfois de quelques pellicules grisâtres, et l'on remarque bientôt de petites pustules ou des ulcérations, d'abord sur les piliers, sur la luette et sur le voile du palais, puis à la face postérieure du pharynx, sur la voûte palatine, sur les bords de la langue et à la face interne des joues. Cette éruption ressemble beaucoup aux pustules qui se développent sur ces mêmes parties chez les individus atteints de variole. Sur les bords de la langue et à la face inférieure de l'organe, ce sont bien moins des pustules que des ulcérations dont le diamètre varie entre celui d'une petite lentille et celui d'une pièce de 50 centimes; leur surface est grisâtre, leurs bords sont saillants, durs et d'aspect lardacé. A la face supérieure de la langue, au lieu de cette altération, j'ai vu plusieurs fois de petites ulcérations linéaires, superficielles, irré-

gulières, disposées souvent en zigzag, et d'une couleur rougeâtre. Toutes les parties molles de la bouche et de la gorge sont plus ou moins tuméfiées, et tapissées par un mucus visqueux que l'on détache avec peine. La parole et la déglutition sont douloureuses et difficiles ; parfois l'altération se propageant vers le larynx, les malades éprouvent de l'enrouement.

Chez huit malades qui succombèrent aux progrès de la pneumonie, j'ai vu des pustules disséminées dans l'œsophage ; elles étaient semblables à celles qu'on voyait dans la bouche et dans le pharynx, sauf qu'elles étaient moins grosses : elles n'avaient guère que le volume d'un grain de chènevis ; elles étaient grisâtres et friables. Je n'ai jamais rencontré d'éruption semblable au delà du cardia. Quelques médecins disent pourtant en avoir vu plusieurs fois dans l'estomac, et peut-être dans les intestins eux-mêmes. Une fois j'ai trouvé sur la grande courbure une ulcération qui m'a paru dépendre de l'émétique ; la chose doit être excessivement rare, même lorsque le traitement a été continué longtemps et que les doses ont été considérables.

Lorsque les malades guérissent, on voit les pustules et les ulcérations s'affaisser du deuxième au troisième jour ; leur surface se déterge ; elles disparaissent du cinquième au huitième jour après la cessation du tartre stibié.

Les accidents dont je viens de parler se sont parfois déclarés immédiatement après la première potion ; dans ces cas, les malades ne se plaignaient guère que d'un peu de douleur à la gorge, avec plus ou moins de rougeur, mais il n'y avait pas de pustules. Je n'ai guère vu celles-ci survenir que lorsque les malades avaient pris au moins pendant deux jours la potion stibiée. Il est une circonstance qui favorise, à n'en pas douter, le développement des accidents que je viens de décrire, c'est l'existence sur la langue d'un enduit épais et de mucosités tapissant la muqueuse buccale et pharyngienne. Celles-ci, retenant en effet au passage une partie de l'émétique, s'en imprègnent, et font que le médicament se met en contact immédiat avec les tissus. Disons pourtant que cette cause n'est pas indispensable pour la production de l'accident dont nous parlons, mais elle en favorise beaucoup le développement. Pour en neutraliser plus ou moins complétement les effets, on devra, après l'ingestion de chaque cuillerée de potion émétisée, faire gargariser le malade afin de détacher les parcelles de médicament retenues dans les mucosités. Il serait utile aussi que la même opération précédât l'administration du médicament.

Pour prévenir la pustulation stibiée, on a conseillé de dissoudre

l'émétique dans une plus grande quantité de véhicule; mais je doute que ce moyen ait l'avantage qu'on lui suppose; il vaudrait mieux, d'après le conseil de Boudet, donner l'émétique sous forme pilulaire. Ce mode d'administration toutefois n'a pas prévalu dans la pratique. L'éruption dont je viens de parler, même lorsqu'elle était très-confluente, et que les malades s'en plaignaient beaucoup, n'a jamais été un accident sérieux; il n'a pas même exigé la suspension du traitement contre-stimulant, lorsque les symptômes de la maladie étaient encore assez graves pour que l'on continuât la médication. Des gargarismes émollients ou légèrement acidulés sont les seuls moyens qu'il faille employer pour hâter la guérison des angines ou des stomatites produites par l'usage de l'émétique; ces moyens toutefois n'ont guère d'utilité qu'autant qu'on suspend la médication.

M. Rayer a dit que le tartre stibié, administré à haute dose, produisait quelquefois des gastrites et des entérites, moins graves et moins rebelles pourtant que celles qui se développent spontanément (1). Je suis loin de contester la possibilité de pareils accidents, mais je les crois peu communs; car pour mon compte je n'ai jamais vu une véritable gastrite succéder à l'administration, même prolongée, du tartre stibié. Il n'est pas rare, au contraire, qu'après avoir fait usage de la potion émétique, les malades aient pendant quelques jours une légère irritation intestinale, caractérisée par des selles liquides et par quelques coliques, qui se sont toujours calmées spontanément; cet accident n'a d'ailleurs jamais retardé ou allongé la convalescence.

Sur les sujets qui ont succombé après avoir été soumis au traitement par l'émétique, je n'ai jamais trouvé la muqueuse gastro-intestinale différente de ce qu'elle est chez les sujets emportés par les autres maladies aiguës. Sur deux cadavres, j'ai seulement noté une rougeur générale assez vive de l'intestin, mais sans altération d'épaisseur ou de consistance du tissu. M. Rayer dit également qu'il n'a pas trouvé l'estomac et les intestins notablement enflammés chez les pneumoniques qui étaient morts après l'emploi de l'émétique. Strambio, cet adversaire ardent de la méthode contre-stimulante en Italie, a publié quinze observations de pneumonies observées par Prato à la clinique de Rasori, qui se sont terminées d'une manière funeste; dans la plupart de ces cas, les organes digestifs furent trouvés parfaitement sains, quoique quelques-uns

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirur. prat.*, article ANTIMOINE, t. III, p. 48.

de ces individus eussent pris jusqu'à la dose énorme de 31 grammes d'émétique. Strambio ajoute toutefois que, chez plusieurs, l'estomac fut trouvé enduit intérieurement d'une humeur rouge semblable à un sirop fortement chargé de kermès et que la membrane offrait de la rougeur (1). Cette description est insuffisante pour déterminer s'il y avait là une véritable phlegmasie; mais, à supposer que cela fût, les faits du docteur Strambio n'en démontrent pas moins que, même en donnant l'émétique à doses énormes, il est rare de produire une inflammation des organes digestifs.

Il est un symptôme que je n'ose pas appeler précisément un accident, mais qui néanmoins est quelquefois fort fatigant pour les malades; je veux parler du *hoquet*. Ce phénomène n'est pas rare; toutefois je ne saurais préciser son degré de fréquence, car je ne l'ai guère noté dans les cas où il fut tout à fait passager. Chez huit malades, dont deux ont succombé, le hoquet persista plusieurs heures; deux fois je l'ai vu durer pendant deux et trois jours. Ce symptôme est survenu à peu près indifféremment après des effets primitifs nombreux, ou après des évacuations peu fréquentes; une fois il fut assez opiniâtre chez un sujet qui présenta constamment de la tolérance. Le hoquet cessa, en général, spontanément; dans les deux cas où il persista plusieurs jours, j'ordonnai quelques antispasmodiques et de l'opium, mais la lenteur avec laquelle il cessa me porte à croire que les médicaments n'avaient eu probablement aucune influence sur sa disparition.

Trois malades éprouvèrent momentanément une rétention d'urine après l'administration du tartre stibié. Il est naturel de rapporter cet accident à la médication, puisqu'il n'a été observé chez aucun des pneumoniques traités par d'autres méthodes. Chez trois individus, on fut obligé de pratiquer le cathétérisme; la rétention d'urine ne persista que pendant douze ou vingt-quatre heures.

Ne peut-il pas arriver que l'émétique administré à haute dose pour guérir la pneumonie, produise la mort par suite d'un véritable empoisonnement? C'est là une grave question qui ne saurait être encore résolue d'une manière certaine. J'ai vu une femme affectée d'une pneumonie grave, sans doute, mais dont le mode de terminaison était encore incertain, éprouver tout à coup, après l'administration de la deuxième potion stibiée, des symptômes extrêmement fâcheux. La malade que je quittai la veille dans un état presque satisfaisant, était agonisante le lendemain matin; sa figure offrait une pâleur mortelle, ses traits étaient profondément altérés,

(1) *Intorno il modo agire del tartaro stibiato*. Milano, 1826.

ses yeux égarés, ses paroles incohérentes, le pouls était d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes, la peau froide et couverte d'une sueur visqueuse; quatre heures plus tard, elle avait cessé d'exister. L'hépatisation rouge et grise du lobe supérieur, que je trouvai à l'autopsie, était une lésion suffisante pour expliquer l'issue funeste, mais la pneumonie seule pouvait-elle rendre compte des accidents formidables qui apparurent brusquement trente-six heures environ avant la mort? La chose n'est pas impossible; mais telle n'est pas pourtant la marche ordinaire de la pneumonie *primitive;* aussi je ne puis m'empêcher de *soupçonner* que l'émétique a peut-être eu quelque part dans la production des accidents. D'ailleurs, quelques experiences faites sur les animaux vivants, et en particulier celles de M. Rayer, ont prouvé que, sous l'influence de fortes doses d'émétique, les animaux succombaient souvent d'une manière rapide, sans que l'examen des viscères présentât de lésion appréciable. On a dit que plusieurs malades traités par Rasori étaient morts victimes de sa méthode; le docteur Strambio, dans le travail que j'ai déjà cité, rapporte qu'à l'ouverture des cadavres de plusieurs pneumoniques morts dans le service de Rasori, après avoir pris des doses considérables d'émétique, on ne trouva, ni dans les poumons, ni dans le tube digestif, des lésions suffisantes pour expliquer la terminaison fatale. L'auteur suppose que la mort fut dans ces cas le *résultat de l'épuisement des forces vitales*, produit par l'énorme quantité de tartre stibié qui avait été administré. L'opinion de Strambio est peut-être vraie, mais elle n'est pas prouvée; d'ailleurs l'extrême concision, l'absence même des détails les plus importants dans l'autopsie diminuent beaucoup la confiance qu'on aurait pu avoir dans les observations de l'auteur. Ces détails étaient ici d'autant plus indispensables, que Strambio s'était posé comme l'adversaire de la doctrine rasorienne; il aurait dû, par conséquent, justifier ses préventions, en présentant des faits assez circonstanciés pour entraîner la conviction du lecteur. Giacomini (1) a observé de son côté des effets toxiques de l'émétique sur trois malades qu'il a traités à sa clinique, et chez lesquels la dose du remède avait été portée au delà des exigences de la maladie. Chez ces individus, il n'y eut ni vomissements ni selles, mais il remarqua un refroidissement général, de la pâleur, de l'immobilité, l'engourdissement, la petitesse et la faiblesse du pouls, la face hippocratique et les défaillances, accidents qui ont beaucoup d'analogie avec ceux que j'ob-

(1) *Traité ph. et exp. de mat. méd. et de thérap.*, traduction française, p. 262.

servai moi-même chez la femme dont j'ai parlé précédemment.

Je crois, en résumé, qu'il existe actuellement quelques faits qui semblent prouver que l'émétique administré à haute dose a parfois produit des symptômes d'empoisonnement; on a vu également que cet effet toxique de l'émétique ne se révèle pas par une superpurgation, mais par des symptômes de collapsus qui semblent indiquer que le médicament absorbé a porté spécialement une atteinte profonde à l'innervation. Dans les cas où l'on serait témoin d'un pareil malheur, on devrait à l'instant suspendre l'administration du remède, et donner à l'intérieur le vin, l'alcool, les éthers, qui sont les substances qui peuvent diminuer ou dissiper le plus promptement les effets toxiques du tartre stibié. Les médecins italiens conseillent aussi l'opium, mais ce médicament ne devra être administré que lorsque les vomissements et les selles étant très-abondants, il y aura grand intérêt à les supprimer au plus vite.

§ 7. — Mode d'action de l'émétique donné à haute dose.

On a cherché à se rendre compte du mode d'action de l'émétique donné à haute dose pour amener la résolution de la pneumonie. Rasori, fidèle à sa doctrine, reconnaissait à l'émétique une action fortement contre-stimulante, c'est-à-dire qu'il donnait ce médicament, dans le but de modérer et d'abattre cet être idéal qu'il nommait la force de stimulation et qu'il croyait être en excès dans le cas de pneumonie. Suivant lui, la saignée et l'émétique agiraient de la même manière; la première, en enlevant au système vasculaire une portion de la matière stimulante dont il est rempli; le second, en portant sur tout le tube digestif une puissance contre-stimulante énergique. Cette explication de Rasori n'est qu'une hypothèse, car rien ne démontre l'existence des forces occultes qu'il a supposées.

Laennec, frappé de voir des épanchements liquides ou des engorgements viscéraux disparaître d'autant plus promptement, se résoudre d'autant plus vite par l'administration de l'émétique à haute dose, que ce médicament n'avait produit ni vomissements ni selles, admettait que le tartre stibié agissait en augmentant l'énergie de l'absorption interstitielle, particulièrement lorsqu'il existe dans l'économie un surcroît d'énergie, de ton ou de pléthore (1). M. le professeur Trousseau (2) ne voit, au contraire, dans les préparations

(1) *Auscultation*, t. I, p. 633.

(2) *Dictionnaire de médecine*, art. ANTIMOINE.

antimoniales, que des agents toxiques dont l'influence se ferait spécialement sentir sur le cœur et sur le poumon, tandis que Téalier explique l'action de l'émétique à haute dose, en supposant que ce médicament est un puissant sédatif du système nerveux; il croit que c'est en agissant primitivement sur cet appareil que le médicament ralentit consécutivement la circulation (1). Enfin, plusieurs auteurs modernes, parmi lesquels je citerai Broussais, Dance et Barbier (d'Amiens), ne reconnaissent à l'émétique aucune propriété spéciale; ils croient que ce médicament n'agit que comme un dérivatif d'autant plus puissant, qu'il exercerait son action sur une plus grande surface ; ils pensent aussi qu'il est utile par les évacuations qu'il provoque. Chomel croyait à l'action révulsive, mais il supposait, en outre, que les secousses du vomissement ayant pour effet de resserrer la poitrine et de comprimer le poumon, les mucosités et les liquides qui obstruent les bronches et qui engouent le parenchyme étaient, en quelque sorte, mécaniquement exprimés; cette compression ne pourrait-elle pas avoir aussi pour effet de favoriser la résolution de l'engorgement pulmonaire?

Je ne crois pas qu'on puisse admettre que l'émétique n'a qu'une action révulsive, et qu'il n'agit pas autrement que tout autre vomitif ou purgatif; s'il en était ainsi, comment expliquer ces améliorations rapides qui surviennent douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'administration d'une potion stibiée, et sans que les malades aient éprouvé aucune crise, aucune douleur, aucune évacuation qui puisse rendre compte des changements favorables qu'on observe. On sait que Rasori, que Laennec, et que beaucoup d'autres mettaient tous leurs soins à obtenir le plus vite possible une tolérance complète; cependant beaucoup de leurs malades ont guéri; on ne peut s'empêcher de rapporter à l'émétique un pareil résultat, car les autres moyens de traitement employés concurremment furent souvent nuls ou peu actifs. Les médecins qui expliquent les avantages de l'émétique dans la pneumonie, par une action révulsive sur le tube digestif, semblent eux-mêmes admettre un autre mode d'action, à en juger du moins par la pratique qu'ils adoptent. Tous, en effet, donnent le tartre stibié à haute dose et d'après les principes de l'école contre-stimulante; mais, s'ils pensaient que ce médicament n'agit que comme un simple révulsif, ne vaudrait-il pas mieux, au lieu des hautes doses, ne prescrire le médicament que comme on le donne habituellement lorsqu'on veut qu'il n'agisse que comme évacuant?

(1) *Du tartre stibié*. Paris, 1832, p. 422.

Pour déterminer d'une manière rigoureuse si l'émétique agit plutôt par ses effets révulsifs que par une action spéciale consécutive à son absorption, il faudrait posséder un grand nombre d'observations de pneumonies traitées par l'émétique, afin de déterminer si les malades qui ont toujours eu des effets primitifs nombreux ont guéri en plus grand nombre et plus vite que ceux qui ont présenté le phénomène de la tolérance pendant toute la durée de la médication. Je ne puis moi-même établir cette comparaison, attendu que la tolérance complète n'a été observée que chez douze de mes malades. Sur ce nombre, neuf ont succombé. Ces faits sont-ils favorables à la doctrine de la révulsion? peut-on en conclure rigoureusement que cette grande mortalité n'aurait pas eu lieu si, en place de la tolérance que les malades ont eue constamment, ils avaient éprouvé quelques effets primitifs? Il est impossible de l'affirmer. Si la tolérance a toujours eu lieu chez ces malades, il faut en rechercher les causes dans l'âge avancé des sujets, dans la gravité de la maladie, circonstances qui avaient rendu les organes digestifs moins impressionnables à l'action de l'émétique. Des faits nombreux observés depuis la publication de la première édition, m'ont de plus en plus confirmé dans cette pensée, que la tolérance qui s'établissait d'emblée était une chose fâcheuse et devait, par conséquent, aggraver le pronostic.

Chez les trois malades qui guérirent sans jamais avoir eu d'effets primitifs à aucune époque du traitement, l'amélioration commença après la seconde ou la troisième potion, et la convalescence était complète un peu avant la fin du quinzième jour, c'est-à-dire un peu plus tard que chez les malades qui éprouvèrent quelque évacuation; néanmoins, l'amélioration fut assez rapide chez ces sujets après l'administration de l'émétique, pour qu'on soit forcé d'admettre que ce médicament a réellement exercé une influence salutaire. Comment supposer qu'un remède aussi actif que l'émétique n'ait d'efficacité dans la pneumonie que par ses effets évacuants; n'est-il pas prouvé qu'il est absorbé et qu'il exerce sur le sang, quand il est donné longtemps et à haute dose, une action dissolvante, c'est-à-dire une action opposée à celle que l'état phlegmasique provoque? L'absorption de l'émétique, indiquée par Magendie, dès 1813, a été démontrée d'une manière positive par Orfila. Ayant analysé par des procédés particuliers et soumis à l'appareil de Marsh les principaux viscères (les organes sécréteurs surtout) de plusieurs individus morts de pneumonie, et traités par l'émétique à haute dose, il est parvenu à en retirer l'antimoine

métallique (1). La sécrétion urinaire est la voie principale par laquelle l'émétique qui a pénétré dans le sang, est éliminé de l'économie; le métal a été retrouvé aussi bien chez ceux qui avaient toujours eu des effets primitifs, que chez les malades qui avaient toujours présenté le phénomène de la tolérance. L'émétique paraît être éliminé assez rapidement, à en juger du moins par une seule expérience d'Orfila, qui n'en a retrouvé aucun vestige dans l'urine d'un malade, rendue trois jours après l'ingestion de la dernière potion stibiée.

Les faits qui précèdent doivent faire supposer que l'émétique, administré dans les cas de pneumonie, agit à la fois par l'action révulsive qu'il exerce sur le tube digestif, par son action dissolvante sur la crase du sang, et peut-être aussi par les changements que son contact produit dans la nutrition des tissus. En quoi consiste cette action intime? Nous l'ignorons. Il nous est même impossible de déterminer d'une manière rigoureuse, l'appareil sur lequel se déploie de préférence son action. Cependant, à en juger par les effets qu'il produit, il est rationnel de penser que l'émétique donné à haute dose exerce une action spéciale sur les organes de la circulation et de l'innervation. Sur le premier, il a une influence sédative, puisqu'un de ses effets les plus immédiats et les plus remarquables, est un ralentissement considérable dans le nombre des pulsations artérielles et un affaiblissement de l'énergie des contractions du cœur. Cet abaissement peut être considérable. MM. Demarquay, Duméril et Leconte, dans leurs expériences sur les animaux, ont vu l'émétique à haute dose faire tomber la température de 2 degrés en deux heures (2). L'action de l'émétique sur les centres sensitifs est prouvée par l'accablement, par le brisement des forces, et par l'altération profonde dans la contractilité musculaire; phénomènes moins constants que les premiers, mais qui sont souvent portés à un très-haut degré, et qui sont d'ailleurs indépendants des évacuations plus ou moins nombreuses que le médicament a produites, puisqu'en effet les phénomènes de collapsus ou d'hyposthénie générale peuvent exister à un haut degré, bien que l'émétique n'ait jamais provoqué des effets primitifs. Enfin, les sueurs abondantes, la diminution de la calorification, qui sont un des effets ordinaires de l'administration de l'émétique à haute dose, semblent tenir à la fois de l'action directe que le médicament exerce sur les appareils circulatoire et sensitif. D'après toutes ces consi-

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine.* Paris, 1840, t. VIII, p. 308.
(2) *Gazette médicale de Paris*, année 1851, p. 250.

dérations je pense que l'émétique, administré à haute dose, exerce une action générale, intime, occulte, et que c'est à elle surtout qu'il faut rapporter les effets avantageux que la médication produit dans les maladies sthéniques. Je regarde l'action locale du tartre stibié sur le tube digestif comme étant avantageuse sans doute, mais elle ne me paraît être qu'accessoire. Quelques expérimentateurs ont cru que l'émétique pouvait agir directement sur le poumon ; on a même parlé de pneumonies provoquées par l'émétique donné à doses toxiques, il n'en est rien : on a pris pour des phlegmasies des congestions passives, des stases sanguines souvent avec des extravasations résultant non d'une influence sur le solide, mais d'une diminution dans la plasticité du sang.

§ 8. — De quelques autres préparations antimoniales employées dans le traitement de la pneumonie.

Plusieurs autres préparations antimoniales ont été encore administrées à haute dose dans le traitement de la pneumonie ; on a surtout vanté le kermès, la poudre de James et l'oxyde blanc d'antimoine.

1° *Kermès.*

Le kermès minéral (sous-hydrosulfate d'antimoine) n'est généralement employé que dans les cas de bronchite, ou au déclin des pneumonies, à titre d'expectorant, et en quantité peu considérable; cependant, quelques praticiens l'ont donné à plus haute dose durant tout le cours de la pneumonie, et l'ont regardé comme exerçant une action analogue de celle du tartre stibié. M. Trousseau dit, en effet (1), que dans le traitement de la pneumonie le kermès ne le cède en rien à l'émétique; il lui trouve même l'avantage d'être moins violent et de causer bien plus rarement des inflammations consécutives de la portion sus-diaphragmatique des organes digestifs. M. Rayer a pu, en effet, porter la dose de kermès jusqu'à près de 5 grammes, sans provoquer ni douleur gastro-intestinale ni même des vomissements et de la diarrhée (2). Suivant cet éminent observateur, le kermès purge plus souvent qu'il ne fait vomir; et bien qu'il lui ait paru parfois avantageux, il reconnaît pourtant qu'il n'a pas, dans les pneumonies, l'action salutaire que d'autres lui ont attribuée.

(1) *Traité de thérapeutique*, t. II, 2e partie, p. 526.

(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ANTIMOINE.

En lisant le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* du professeur Giacomini (1), on voit qu'en Italie on a souvent prescrit le kermès minéral dès le début de la pneumonie et concurremment avec la saignée, aux doses de 50 centigrammes ou 1 gramme; quelques-uns l'ont préféré au tartre stibié, et il est des praticiens qui commencent et achèvent le traitement avec lui seul.

Depuis vingt-cinq ans, on a également publié en France quelques travaux pour prouver les avantages du kermès, et même la prééminence de ce médicament sur l'émétique dans le traitement de la pneumonie, mais en consultant ces écrits, et en particulier ceux des docteurs Lemarchand (2), Double (3) et Robin (4), on est loin d'acquérir cette conviction.

Le kermès est un médicament incertain; c'est l'une des préparations antimoniées les plus inconstantes dans son action, par conséquent, une des plus infidèles. Le kermès varie d'une officine à une autre, et dans des recherches nombreuses que j'ai faites il y a une vingtaine d'années, j'ai vu ce médicament, suivant le pharmacien qui l'avait fourni, donner au même individu des effets primitifs considérables ou ne rien produire, même après avoir décuplé les doses. Cette infidélité du médicament doit porter le médecin à le proscrire à titre de contre-stimulant dans une affection à marche rapide, comme l'est la pneumonie, et à ne pas le substituer à l'émétique qu'on trouve partout le même, qui est aisément absorbé, chose fort douteuse pour le kermès, et qui exerce sur les voies digestives une action physiologique à peu près constante.

2° *Poudre de James.*

MM. Rilliet et Barthez signalent la poudre de James à la dose de $0^{gr},2$ à $0^{gr},6$ dans les vingt-quatre heures comme un médicament précieux, pouvant être donné comme succédané de l'émétique dans les pneumonies primitives des jeunes enfants, dans celles des enfants délicats, et surtout dans les pneumonies secondaires (5). Ce médicament, usité en Angleterre, et plus encore à Genève, est assez peu employé en France. Je regrette que MM. Rilliet et Barthez n'aient apporté aucune preuve directe en faveur de cette espèce

(1) Traduction française, p. 284.
(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1838.
(3) Même recueil, année 1839.
(4) *Union médicale*, année 1848.
(5) *Maladies des enfants*, t. I, p. 543.

d'arcane dont il existe plusieurs formules, et qui est généralement considéré comme un médicament infidèle.

3° *Biantimoniate de potasse ou oxyde blanc d'antimoine.*

Plusieurs autres préparations insolubles d'antimoine, telles que l'antimoine diaphorétique lavé, et les divers oxydes et acides de ce métal, étaient regardées, en 1832 et 1833, par M. Trousseau, comme ayant une grande efficacité dans le traitement des pneumonies; mais depuis cette époque les illusions se sont dissipées, et ce médicament vanté comme souverain a été à peu près considéré comme inerte. D'où vient un pareil revirement d'opinion? Les pneumonies se seraient-elles modifiées au point d'exiger une médication tout autre? Nullement. Les phlegmasies pulmonaires cèdent aujourd'hui comme en 1832 à l'émétique, on ne saurait donc expliquer ce fait étrange par l'intervention d'une constitution médicale particulière, excuse banale, trop souvent invoquée après les erreurs d'observation. On trouve dans les thèses de la Faculté et dans les recueils scientifiques un assez grand nombre de faits en faveur de l'utilité du biantimoniate de potasse dans le traitement de la pneumonie; mais la plupart sont loin de démontrer les avantages de cette préparation. Chez les uns, en effet, l'oxyde blanc fut donné dans les cas où les malades furent plus ou moins largement saignés, de sorte qu'il est impossible de faire la part qui revient en particulier à chacune de ces médications; chez d'autres, la pneumonie était manifestement dans sa période de décroissance lorsque l'oxyde blanc fut administré, il serait donc peu juste de lui attribuer la guérison. Enfin, chez un grand nombre de malades à qui l'on prescrivit la préparation antimoniale pendant que la pneumonie était stationnaire ou continuait même à s'aggraver, l'amélioration a été tellement lente, il s'est écoulé un temps si long entre l'administration du remède et la diminution des symptômes, qu'on hésite souvent à attribuer à la médication les effets que l'on a observés, ceux-ci pouvant, avec tout autant de raison, être rapportés aux forces de la nature.

Cependant il y a quelques faits qui, sans contredit, semblent prouver l'utilité des antimoniaux insolubles dans le traitement de la pneumonie; je citerai en particulier plusieurs des observations que le docteur Patin a consignées dans sa thèse inaugurale (1). L'amélioration dans les symptômes généraux et locaux a suivi de

(1) *Thèses de Paris*, n° 109, année 1833.

si près l'administration du remède, puisqu'elle est généralement survenue après le premier ou le deuxième jour, qu'il est difficile de ne pas rapporter le résultat au traitement qu'on a suivi. Quelques-uns des faits sont d'ailleurs d'autant plus favorables aux antimoniaux, que les malades ne furent point saignés ni soumis à aucune autre médication active. Mais, pour prouver l'efficacité d'un traitement, et surtout pour démontrer sa supériorité sur toutes les autres méthodes rivales, il faut non-seulement des faits plus nombreux, plus variés, mais il faut encore que les observations aient été recueillies dans des temps différents, afin de démontrer que l'influence du remède a été indépendante de l'action qu'aurait pu exercer sur la marche de la maladie une constitution médicale passagère.

M. Rayer a voulu aussi expérimenter l'antimoine diaphorétique dans le traitement de la pneumonie; il l'a donné à la dose de 8 à 12 grammes pendant plus de huit jours, sans produire de dérangement notable dans les organes digestifs. Tous les malades ont guéri; mais trop peu confiant dans l'action du remède, M. Rayer employait en même temps la saignée, de sorte que l'influence que la préparation antimoniale a pu exercer sur la pneumonie reste incertaine. Quant à l'impression sur l'estomac et sur les intestins, il a paru à M. Rayer qu'elle était beaucoup moins prononcée que celle du kermès. MM. Rilliet et Barthez sont arrivés aux mêmes conclusions, ils n'ont reconnu à l'oxyde blanc aucune action sur les voies digestives pendant la vie, et ils doutent de son utilité dans le traitement de la pneumonie du jeune âge.

C'est à cette conclusion que je suis arrivé moi-même. J'ai employé ou vu administrer par d'autres l'oxyde blanc d'antimoine dans un très-grand nombre de cas, mais n'ayant recueilli avec détail que dix-sept observations, je me bornerai à en présenter ici l'analyse exacte.

Les 17 malades qui prirent l'oxyde blanc d'antimoine étaient jeunes, leur âge moyen ne dépassait pas trente-trois ans; la pneumonie était généralement grave chez eux, et tous avaient été, préalablement à l'administration du remède antimonié, plus ou moins largement saignés. Sur ces 17 malades, 5 succombèrent; la préparation antimoniale, portée même à la dose de 12 grammes dans les vingt-quatre heures, n'empêcha pas les symptômes de s'aggraver sans cesse. Parmi les 12 malades qui guérirent, on en compta 9 chez lesquels l'heureuse issue ne put être rapportée à l'action de l'oxyde blanc d'antimoine, puisque chez les uns le médicament fut administré à une époque où la maladie, si elle ne commençait déjà à décroître, avait cessé du moins de s'aggraver; chez les autres, une

ou plusieurs saignées ayant été pratiquées dans le même temps, il devint impossible de dire laquelle des deux médications avait eu la plus grande part dans la diminution des accidents. Chez 3 malades seulement la pneumonie à forme grave continuait encore à faire des progrès, lorsqu'on tenta l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine à la dose de 4 à 12 grammes ; l'amélioration fut prompte, car ces individus furent soulagés vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'administration de la première potion, de sorte qu'il est naturel de rapporter cet effet au médicament employé. Si j'excepte un malade qui eut, après l'administration d'une première dose d'oxyde blanc d'antimoine, trois selles liquides et très-fétides, tous les autres individus supportèrent parfaitement le remède ; à aucune époque celui-ci ne détermina de trouble appréciable du côté des fonctions digestives.

Je conclus que le biantimoniate de potasse, s'il n'est pas absolument inerte, comme quelques-uns l'ont prétendu, n'a du moins qu'une action faible, assez incertaine même. Il faut donc le proscrire dans les cas graves, lorsqu'il importe d'intervenir activement. Quand le tartre stibié ne peut être donné en raison des lésions graves dont le tube digestif est le siége, mieux vaut encore administrer l'oxyde blanc que de ne rien faire, car dans quelques cas, rares il est vrai, ce médicament a paru avoir été quelque peu utile.

La dose de l'oxyde blanc d'antimoine sera, pour les enfants à la mamelle, de 3 à 10 décigrammes ; plus tard, on en donnera 2 à 4 grammes ; chez l'adulte on a pu élever la dose jusqu'à 8 et 16 grammes par jour. Le médicament sera suspendu dans un looch ou dans une potion gommeuse ; on l'administre sous cette forme par cuillerée, d'heure en heure. On recommandera au malade d'agiter sa potion chaque fois qu'il en use, parce que la poudre insoluble tend à se précipiter sans cesse au fond du vase.

§ 9. — De quelques autres médicaments contre-stimulants.

Les préparations antimoniales ne sont pas les seuls médicaments qui aient été employés dans la pneumonie, à titre de contre-stimulants, par l'école rasorienne. On a signalé plusieurs autres substances comme ayant des propriétés analogues à celles du tartre stibié ; on a surtout préconisé l'ipécacuanha, la vératrine, la digitale, l'acétate de plomb et l'acide hydrocyanique.

1° *Ipécacuanha.*

L'ipécacuanha a été parfois substitué à l'émétique comme médicament contre-stimulant. C'est surtout le professeur Broussonnet qui a mis cette méthode en honneur à l'école de Montpellier. Il faisait infuser de 1gr,50 à 3 grammes d'ipécacuanha concassé, dans 100 à 180 grammes d'eau, et il administrait cette boisson par cuillerées à bouche, d'heure en heure, en rapprochant ou en éloignant les doses suivant que le médicament provoquait des effets primitifs plus ou moins nombreux. En général, il survient quelques vomissements après les premières doses, mais ils se calment, et le médicament finit bientôt par être toléré. L'ipécacuanha a surtout été préféré dans la pneumonie des vieillards et chez les individus lymphatiques.

Quelle est la valeur de l'ipécacuanha, à titre de contre-stimulant, dans la pneumonie? Il serait impossible de le dire, car on ne trouve guère que des assertions, et aucune analyse rigoureuse de faits cliniques. Mais il est reconnu de ceux-là mêmes qui ont vu pratiquer la méthode, que l'ipécacuanha est moins actif que l'émétique : celui-ci convient lorsqu'il y a péril ; le premier est plus approprié lorsque la pneumonie semble avoir de la tendance à se juger favorablement. L'ipécacuanha, comme le remarque M. le professeur Jaumes, s'éloigne moins des agents appropriés aux méthodes thérapeutiques naturelles (1); c'est un faible adjuvant.

2° *Vératrine.*

Un regrettable observateur, le docteur Aran, avait cru trouver dans la vératrine un agent précieux d'hyposthénisation. En voyant après l'emploi de cet agent énergique le pouls s'abaisser, la chaleur décroître, il avait été conduit à l'employer dans plusieurs maladies fébriles, et en particulier dans la pneumonie (2) La communication qui fut faite par Aran, sur ce point de thérapeutique, à la Société médicale des hôpitaux, non-seulement ne convainquit personne, mais elle provoqua, dans cette réunion d'élite, une véritable émotion, et l'on entendit surtout la voix honnête et autorisée de Legroux protester avec raison contre une expérimentation hardie qui peut-être ne respectait pas assez les droits sacrés de l'humanité (3).

(1) *Traité de pharmacologie spéciale*, t. I, p. 170.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. XLV, p. 7.

(3) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 2e série, p. 245, ou *Union médicale*, année 1854.

Les conclusions, d'ailleurs, tirées par Aran, étaient prématurées : sur six malades qu'il avait soumis à la vératrine, il y eut un cas de mort, et en analysant les faits, on trouve que deux fois la pneumonie eut une médiocre intensité ; chez plusieurs de ces malades, d'ailleurs, une médication complexe ayant été instituée, il est difficile de faire la part exacte qui revient à chacune des médications qui ont concouru au traitement. Il paraît que l'expérimentation fut poursuivie, et qu'Aran aurait, en 1855, traité par la vératrine 23 pneumonies dont 21 auraient été suivies de guérison (1). Disons pourtant que la vératrine n'a pas fait, le plus communément du moins, tous les frais de la médication, puisque les malades furent saignés une fois dans le but, il est vrai, de mieux les préparer à l'action de l'alcaloïde.

La vératrine a également été expérimentée à l'étranger, surtout à Berne, par le professeur Vogt ; la mortalité n'aurait été que de 8 sur 100 (2).

En somme, que faut-il penser de la médication par la vératrine? Il serait difficile de nier tout à fait l'action favorable exercée par cet agent sur un certain nombre de malades. On comprend, d'ailleurs, qu'un médicament qui purge et qui fait vomir, qui déprime le pouls, qui abaisse la chaleur, puisse être avantageux dans une maladie fébrile. Cependant il a été reconnu des partisans eux-mêmes de cette médication que la vératrine avait plus d'influence sur l'état fébrile que sur la lésion locale, et qu'il fallait parfois attaquer plus directement celle-ci soit par la saignée, soit par les vésicatoires. Sous ce rapport, la vératrine serait bien inférieure à l'émétique. La vératrine est de plus un agent dangereux difficile à manier, produisant, à la dose de 10 à 15 milligrammes, des effets considérables, tels que nausées, vomissements, hoquets, brûlure le long de l'œsophage et à l'estomac, diarrhée, ralentissement du pouls et de la respiration, diminution de la chaleur telle, que la peau donne parfois au toucher la sensation désagréable que procure le contact des animaux à sang froid ; les malades sont immobiles, la face est amaigrie, sans expression, et la voix affaiblie. On voit par là que la médication par la vératrine n'est pas sans périls ; l'hyposthénie qu'elle provoque peut n'être pas sans danger dans certaines formes de la maladie et dans certains états constitutionnels ; elle serait des plus périlleuses dans toutes les pneumonies secondaires et chez les individus à constitution débile.

(1) Fournier, *Union médicale*, année 1855.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. LVIII, p. 49.

Aran donnait, le plus souvent, la vératrine à la dose de 25 ou 30 milligrammes, divisés en cinq ou six pilules que les malades prenaient dans les vingt-quatre heures ; c'est à peu près la dose qui est également indiquée par le professeur Vogt.

3° *Digitale.*

Rasori dit avoir reconnu des propriétés contre-stimulantes à la digitale employée à haute dose; il a administré, on le sait, ce médicament dans la pneumonie, au même titre que le tartre stibié. Cet illustre médecin assure qu'on peut vaincre les péripneumonies peu intenses avec la digitale comme avec l'émétique, et sans avoir besoin de recourir à la saignée; dans les phlegmasies plus graves on pourrait encore, d'après lui, en donnant ce précieux médicament, restreindre de beaucoup le nombre et l'abondance des émissions sanguines. Le ralentissement et l'irrégularité du pouls seraient les deux phénomènes qu'on observerait le plus souvent et le plus rapidement après l'administration de la digitale à haute dose.

Rasori avait fini pourtant, dans les cas graves, par abandonner l'usage de la digitale comme contre-stimulant, ayant reconnu que ce médicament donné à haute dose avait l'inconvénient de produire un trouble très-grand dans le rhythme du pouls, de sorte que souvent il serait impossible de distinguer les anomalies de la circulation causées par la digitale, de celles qui dérivent de la condition morbide. Le pouls ne pouvant plus diriger le médecin, on pourrait peut-être rester dans l'inaction, tandis qu'il serait encore nécessaire d'agir. Bien que le pronostic de la pneumonie ne se fonde pas exclusivement sur la considération du pouls, on conçoit que cette objection avait du moins quelque chose de spécieux à l'époque où Rasori écrivait, puisqu'on ne possédait pas alors l'admirable méthode de Laennec, qui permet de mesurer presque toujours l'étendue de la lésion comme le degré auquel elle est parvenue. Je conclus plutôt que Rasori n'a pas obtenu de l'emploi de la digitale les avantages qu'il avait reconnus à l'émétique. D'ailleurs, si l'on parcourt les principaux travaux des médecins italiens de l'école rasorienne, notamment ceux de Tommasini et de Giacomini, on ne trouve aucune preuve précise apportée en faveur de la médication dont je parle. Je ne sache pas qu'elle ait jamais fait chez nous des prosélytes bien ardents; elle était même à peu près complétement oubliée lorsque M. le docteur Duclos et M. le professeur Hirtz sont venus appeler de nouveau l'attention sur elle (1).

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. LI, p. 97, et t. LXII, p. 145.

M. Duclos conseille l'extrait hydro-alcoolique seul ou associé au kermès et au tartre stibié, en commençant par 20 ou 30 centigrammes et en augmentant de 10 centigrammes chaque jour jusqu'à la dose quotidienne de 60 centigrammes. Il fait généralement précéder l'emploi de la digitale d'une ou de plusieurs émissions sanguines et d'un purgatif. M. Duclos regarde la digitale comme étant surtout efficace dans la pneumonie du jeune âge. Il débute, chez les enfants de dix-huit à vingt mois, par une dose quotidienne de 4 ou de 5 centigrammes en dissolution dans du lait, ou la porte progressivement jusqu'à 12 ou 14, en augmentant de 2 centigrammes par jour. La digitale employée dans les cas dont je parle exercerait à la fois une action résolutive sur le poumon, un ralentissement du pouls et une diaphorèse plus ou moins grande, tandis que l'action diurétique serait nulle.

Dans le travail que je viens d'analyser il y a plutôt des impressions que des résultats d'observations sévèrement recueillies. Il eût été d'autant plus indispensable de procéder autrement, que divers moyens actifs ont été simultanément ou successivement employés. La plupart des malades ont été saignés une ou plusieurs fois; chez beaucoup, la digitale a été associée aux antimoniaux, on a appliqué des vésicatoires ; comment donc faire la part de médications si diverses ?

Je suis loin de contester pourtant toute utilité à la digitale dans le traitement de la pneumonie. Cependant je lui ai très-rarement trouvé d'avantage ; il est vrai que je ne l'ai presque jamais donnée que comme pis aller dans les cas où la maladie avait résisté aux émissions sanguines et aux antimoniaux. La plupart de ceux qui ont pris le médicament ont succombé ; chez ceux qui ont guéri, en bien petit nombre, on n'a pas vu cette amélioration subite qui suit si souvent l'emploi de l'émétique. Quoi qu'il en soit, la digitale est un médicament à ne point proscrire du traitement de la pneumonie ; on en comprend l'utilité, mais celle-ci n'est pas rigoureusement établie. La meilleure préparation à employer est sans contredit la poudre à la dose croissante de 50 centigrammes à 2 grammes chez l'adulte, quelques-uns, comme J. Frank et parmi nos contemporains M. Hirtz, préfèrent l'infusion.

4° *Acétate de plomb.*

Dans la première édition, j'avais parlé déjà du traitement de la pneumonie par l'acétate de plomb à haute dose, usité dans quelques parties de l'Allemagne. Nous n'avions pourtant encore sur ce

sujet aucune donnée précise; cette médication n'avait eu en France aucun retentissement, lorsque deux observateurs distingués, M. Strohl, agrégé à la faculté de Strasbourg (1), et M. Leudet, professeur à l'école de médecine de Rouen (2), sont venus appeler de nouveau sur elle l'attention des médecins. M. Strohl est sobre d'émissions sanguines, il saigne exceptionnellement et généralement fort peu, mais dès le début du traitement, il administre l'acétate neutre de plomb à la dose de 25 à 50 centigrammes qu'il continue jusqu'à résolution de la pneumonie. Il agit de même quel que soit l'âge des malades, car il dit avoir opposé avec le même succès la médication dont il s'agit aux enfants de six à huit mois aussi bien qu'aux vieillards; il a même attaqué par le sel plombique quelques pneumonies secondaires. M. Strohl, comparant le traitement par l'acétate de plomb aux autres médications, conclut que le premier est au moins aussi prompt dans ses effets que les traitements les plus actifs, qu'il a le grand avantage de ménager les forces, qu'il rend la convalescence courte et ne présente d'ailleurs aucun inconvénient.

Les faits produits par M. Leudet sont bien autrement importants; ils ont été analysés d'ailleurs avec ce soin, avec cette rigueur qui sont dans les habitudes de ce laborieux et judicieux observateur. M. Leudet a expérimenté la médication chez 40 malades (31 hommes et 9 femmes) d'une constitution peu robuste, comme l'est la population ouvrière de Rouen, et âgés en moyenne de trente-six ans et demi. Le médicament a été donné exclusivement sous forme pilulaire à la dose de 10 à 80 centigrammes; la plupart prenaient dès le début de 40 à 60 centigrammes. On a noté presque aussitôt un ralentissement notable du pouls, et, contrairement à ce qu'on avait pu supposer, la moitié des malades eut de la diarrhée. La maladie, marchant vers la guérison, s'est terminée en moyenne entre le douzième et le treizième jour, durée plus courte que celle qui avait été obtenue dans les mêmes lieux et par le même observateur pour des pneumonies traitées par l'expectation, par la saignée ou par l'émétique.

Les individus traités par l'acétate de plomb n'ont fourni qu'une mortalité de 7 pour 100; proportion très-favorable, même en tenant compte de l'âge peu avancé des malades et du petit nombre de femmes qui furent traitées, circonstance heureuse, ainsi que je l'ai dit mainte fois, puisque, toutes choses étant égales d'ailleurs, la

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, année 1860.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. LXIII, p. 385.

mortalité est proportionnellement plus grande chez elles que chez les hommes.

Enfin M. Leudet a noté que les malades qui avaient été traités par l'acétate neutre de plomb eurent une convalescence prompte; chez eux l'appétit s'est réveillé même avant la cessation de la fièvre, et les forces ont repris très-vite toute leur énergie.

Conclurons-nous de l'analyse que je viens de présenter du travail de M. Leudet, que le traitement par l'acétate de plomb est supérieur à tous ceux qui ont été prônés dans la pneumonie? Non certes; et ce n'est pas la conclusion de M. Leudet, médecin trop éclairé, trop sage, en effet, pour oser être aussi affirmatif avec un si petit nombre d'observations. Cependant ces faits méritent qu'on les signale à l'attention. Il reste pourtant à déterminer quelles sont les circonstances qui peuvent porter à choisir cette médication et quelles sont celles qui pourraient la contre-indiquer; c'est là un point qu'il ne m'a pas encore été permis d'établir.

5° *Acide cyanhydrique, ou hydrocyanique, ou prussique. — Eau de laurier-cerise.*

L'école italienne ayant reconnu des propriétés contre-stimulantes à l'acide cyanhydrique, a proposé de l'employer dans les mêmes circonstances que les médicaments dont je viens de parler. Ce fut Borda qui, dès l'année 1804, appela l'attention des médecins sur les effets thérapeutiques de cet agent dangereux, et l'administra dans plusieurs cas de pneumonie qu'il guérit, sans avoir recours aux émissions sanguines (1). Quelques années après, Bréra aurait, dit-on, obtenu à la clinique de Padoue des succès analogues (2); et il paraît que depuis cette époque l'usage de l'acide cyanhydrique, dans le traitement de la pneumonie, s'est répandu en Italie et dans une partie de l'Allemagne.

L'eau de laurier-cerise, qui n'agit que par l'acide prussique qu'elle contient, a été également prescrite dans les mêmes circonstances, mais cette préparation étant beaucoup moins énergique, on a généralement fait précéder son emploi d'une ou de plusieurs saignées.

J'indique ces résultats sans commentaires, n'ayant pas en ma possession les faits sur lesquels on les appuie pour pouvoir les discuter

(1) *Memorie intorno alla vita dis.* — Borda, *Suitte dal prof. del Chiappa.* Piava, 1834, p. 62.

(2) *Prospetto de result. otten. nella clinica della universita di Padova, delli anni* 1809-1815. — Manzoni, *De præcipua acidi prussici med. facul.*

et en apprécier la valeur. En France, ce mode de traitement a toujours été inusité, même à l'époque où les préparations cyaniques jouissaient très à tort d'une plus grande faveur qu'aujourd'hui.

L'acide prussique est un agent si dangereux, il s'altère si facilement, il a donné d'ailleurs des résultats si incertains, je dirais même si nuls, dans le traitement de la pneumonie, qu'on peut bien en proscrire l'usage. Ceci s'applique à l'eau distillée de laurier-cerise, médicament des plus infidèles et très-variable suivant les pays.

ARTICLE IV.

MÉTHODE ALTÉRANTE.

En thérapeutique, on a donné le nom d'*altérants* aux médicaments qui, administrés généralement à petites doses, amènent la résolution des engorgements, par suite de l'action spéciale qu'ils exercent sur la nutrition et sans produire aucune évacuation appréciable. De tous les remèdes rangés dans la classe des altérants, les mercuriaux et le calomel en particulier sont ceux qui ont été le plus souvent employés dans le traitement de la pneumonie. Cette méthode paraît avoir été depuis longtemps suivie en Italie, car Sarcone a assez longuement parlé, dans son livre, de l'abus que certains médecins de son époque faisaient des mercuriaux dans la thérapeutique des maladies aiguës de poitrine (1). En Allemagne, on donne fréquemment aussi le calomel, surtout lorsqu'on soupçonne une complication hépatique (2); mais c'est en Angleterre spécialement que le mercure a été préconisé; on l'administre tantôt seul, tantôt combiné avec l'opium. Robert Hamilton (3) et plus tard le docteur Armstrong (4) ont beaucoup vanté l'association de ces deux remèdes qui ont été pendant longtemps et peut-être sont aujourd'hui d'un usage général en Angleterre, surtout comme moyens secondaires, après qu'on a fait tomber par les saignées l'orgasme inflammatoire (5). On a dit que l'efficacité dépendait en grande partie de l'influence que le mercure exerce sur les gencives; cependant l'amélioration a lieu quelquefois avant que la salivation ne commence. On s'est demandé lequel des deux remèdes, du

(1) *Maladies de Naples*, t. I, p. 193.
(2) *Journal de Francfort*, t. II, sect. 1re, p. 402.
(3) *Medical commentaries*, t. IV, p. 191.
(4) *Prat. illust. of typh. fever*, p. 453.
(5) *Cyclopedia of prat. med.*, t. III, p. 442.

calomel ou de l'opium, était utile. Hamilton pense que c'est le calomel ; il ne lui associe l'opium que pour calmer la douleur, tandis qu'Armstrong attribue à celui-ci une vertu antiphlogistique que le docteur Williams lui conteste. Suivant ce dernier, l'opium est un sédatif pour la toux et pour la douleur, le mercure agirait au contraire comme antiphlogistique ; cette opinion est parfaitement exacte.

Le calomel est généralement administré, malgré ses effets purgatifs ; on regarde même comme chose utile que les premières doses soient suivies de quelques selles, ce qui rend, dit-on, plus facile, plus active, l'absorption de celles qu'on donne ensuite. En Angleterre, immédiatement après la première saignée, on prescrit de 25 centigrammes à 1 gramme de calomel. Dans la forme sthénique de la maladie on en donne souvent de 3 à 6 décigrammes et même plus, trois ou quatre fois par jour. La quantité d'opium qu'on associe au calomel varie ; si la douleur est vive, on donne pour 3 décigrammes de calomel, 7 centigrammes 1/2 d'opium ; mais si le cœur a une grande activité, la moitié ou le tiers de cette dose suffit généralement pour empêcher le mercure d'irriter l'intestin, ce qui est le principal objet de l'opium. On préfère quelquefois la poudre de Dower ou toute autre préparation opiacée, ou bien les sels de morphine. Lorsqu'il y a trouble du côté des fonctions de l'estomac, que la langue est sèche, les médecins anglais conseillent de donner le calomel à dose plus petite, ils en prescrivent alors 5 centigrammes ou 1 décigramme, avec parties égales de poudre de Dower, toutes les deux ou trois heures. On peut en continuer l'usage jusqu'à ce qu'un effet soit exercé sur la maladie ou sur les gencives.

J'ai exposé sans commentaires la méthode altérante employée en Angleterre dans le traitement de la pneumonie. Laennec dit (1) que, d'après quelques tables nécrologiques qu'il a consultées et d'après des renseignements que lui ont donnés plusieurs médecins, le résultat de cette médication serait une mortalité d'un sur huit au moins et d'un sur six au plus. Personne cependant n'est encore très-édifié sur la valeur de ce traitement. Je l'ai employé quelquefois, mais comme pis-aller et lorsque les médications usuelles avaient tout à fait échoué. Donné dans ces conditions, le mercure a échoué le plus souvent ; lorsque la maladie s'est terminée favorablement, je n'ai pas constaté cette amélioration prompte que nous avons notée si souvent à la suite d'autres médications, il reste donc

(1) Tome I, p. 605.

dans notre esprit beaucoup de doutes sur l'utilité des mercuriaux dans le traitement de la pneumonie. Je n'ai parlé que du calomel, parce que c'est la préparation qu'on a presque exclusivement employée, du moins en Angleterre; il n'en est pas de même dans quelques parties de l'Allemagne où le bichlorure est usité. Le docteur Schedel dit, en effet, avoir vu à la clinique de Heidelberg, le professeur Pfeyffer administrer avec succès le bichlorure à la dose de 5 centigrammes toutes les vingt-quatre heures, et réussir dans des cas réfractaires à la saignée et aux antimoniaux (1). Je ne connais aucune série de faits qu'on puisse invoquer à l'appui d'une pareille médication.

J'ai entendu dire que dans quelques parties de la Russie on employait fréquemment contre la pneumonie, le sous-carbonate de potasse; c'est une pratique qui déjà avait été adoptée par Mascagni. Ce grand anatomiste, voyant que dans une grave épidémie de pneumonies qui régnait dans la province de Sienne, les saignées répétées et les moyens ordinaires étaient complétement inefficaces, conseilla de donner aux malades pour toute boisson, et immédiatement après la première saignée, une lessive faite avec les cendres de sarments de vigne, de genêts et de fougères; on dit que ce traitement réussit au delà de toute attente. Plus tard, Mascagni ayant engagé les médecins de Florence et de Sienne à donner pour toute boisson aux pneumoniques, de l'eau tenant en solution du sous-carbonate de potasse, il paraît que ceux-ci en constatèrent également l'efficacité; aussi Mascagni n'hésita pas à dire que quels que soient le degré et l'intensité de la pneumonie, il faut prescrire chaque jour 24 grammes du sel alcalin et en porter quelquefois la dose jusqu'à 32 grammes et même davantage. On a dit que ce médicament provoquait à la fois des évacuations abondantes par les reins, par la peau et par l'intestin (2).

Cette pratique de Mascagni n'était en définitive qu'une imitation de la méthode dite alcaline et fondante, suivie par beaucoup d'anciens médecins, qui administraient souvent les sous-carbonates alcalins, le savon médicinal, les sels neutres purgatifs, etc. Mais aucun fait positif n'atteste la vertu de ces remèdes, et les observations des médecins florentins sont insuffisantes pour justifier la confiance que quelques personnes pourraient avoir dans la méthode de Mascagni.

(1) *Examen clinique de l'hydrothérapie*, p. 276.

(2) *Mem. della Soc. ital. delle science*, t. XI. Modena, 1804 (*Bulletin de la Faculté de médecine*, 1813, n° 7).

ARTICLE V.

MÉTHODE ÉVACUANTE.

Les vomitifs ont été souvent employés dans la pneumonie. En les prescrivant, les médecins avaient tantôt pour but de remplir une indication précise, de combattre quelque complication bilieuse; d'autres fois, les vomitifs étaient donnés seulement à titre de dérivatifs ou tout à fait empiriquement. Je parlerai plus tard avec quelques détails du traitement qui convient aux pneumonies qui s'accompagnent d'un élément bilieux; je ne dois actuellement m'occuper des vomitifs, qu'autant qu'ils sont administrés d'une manière empirique, et sans que leur emploi soit justifié par une indication précise.

Le tartre stibié est le vomitif qui a été généralement préféré. On dit que Rivière le prescrivait tous les deux jours à la dose d'un décigramme aux malades atteints de pneumonie; Rivière pourtant ne dit rien de tout cela, il ne parle pas des vomitifs et blâme même les purgatifs, si ce n'est au déclin de la maladie (1). La prétendue méthode dite de Rivière a été prônée par un grand nombre de médecins du dernier siècle : Sérane (de Montpellier) l'avait adoptée d'après le témoignage de Bordeu (2). Laennec dit aussi (3) que Dumangin, ancien médecin de la Charité, employait constamment les vomitifs, que presque jamais il n'y joignait la saignée, et que sa pratique paraissait être tout aussi heureuse que celle de Corvisart, qui saignait beaucoup dans la même maladie. Chacun donne très à tort comme preuve de l'efficacité de la méthode dite de Rivière les succès obtenus par M. le docteur Hellis (de Rouen) qui, sur 47 pneumoniques, n'en aurait perdu que 5, ou un neuvième environ (4). Les faits recueillis par ce médecin sont des exemples non de pneumonies simples, mais de pneumonies compliquées d'un élément bilieux. Aussi a-t-il suffi d'un décigramme d'émétique et d'un peu de manne pour modifier rapidement l'état général des malades. On voit par là que M. Hellis n'a point employé la méthode dite de Rivière, qui consiste à répéter les vomitifs tous les deux jours. M. Rayer, après avoir expérimenté ce traitement, a résumé ainsi son opinion dans les

(1) *La pratique de médecine*, t. I, p. 573. Lyon, 1690, traduit par Deboze.

(2) *Œuvres complètes*, t. II, p. 794, édition de Richerand. — *Traité du tissu muqueux*.

(3) Tome I, p. 607.

(4) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. Paris, 1826.

conclusions suivantes : 1° la méthode de Rivière est plus fatigante, mais non moins sûre que celle de Rasori ; 2° les évacuations répétées qu'on excite ébranlent beaucoup les malades, et effrayent les assistants, tandis que ces secousses n'ont lieu que les premiers jours en suivant la méthode italienne; 3° les vomitifs répétés constituent une méthode moins avantageuse dans ses résultats que celle dont la saignée est la base; 4° la pratique de Rivière est surtout applicable au début des pneumonies; 5° employée à une période plus avancée, elle est plus dangereuse; 6° cette méthode, expérimentée sur les individus affectés de pneumonie droite et d'*hépatite*, n'a pas paru plus favorable dans cette condition que dans d'autres (1).

Je n'ai point expérimenté la méthode dite de Rivière, et ne l'ai vu employer par aucun médecin. Elle est à peu près complétement inusitée depuis qu'on donne si universellement le tartre stibié, d'après la formule de Rasori. Celle-ci est moins fatigante pour les malades, et à l'effet révulsif il se joint encore l'action altérante de l'émétique, action moins certaine, lorsque le médicament est donné à moindres doses et dans l'unique but de provoquer des évacuations qui l'expulsent à peu près complétement, avant d'avoir pu être absorbé.

ARTICLE VI.

TRAITEMENT PAR LE FROID.

La plupart de mes lecteurs apprendront peut-être avec surprise que des médecins aient été assez osés pour traiter la pneumonie par le froid. Je disais déjà, dans la première édition de ce livre, qu'un médecin de l'hôpital de la marine, à Naples, le docteur Campagnano, avait proposé de soumettre les sujets atteints de pneumonie à l'usage des boissons glacées et des bains froids (2). Déjà, dès l'année 1834, on a communiqué à l'Académie médico-chirurgicale de Naples quelques histoires de pneumonies qu'on disait avoir été traitées avec succès par le moyen dont je parle. Les faits invoqués par le médecin napolitain n'étaient pas aussi concluants qu'il les supposait, car les malades avaient été largement saignés, quelques-uns même l'ont été avec une vigueur presque barbare. Ils ont eu en outre des vésicatoires, ils ont pris l'émétique à haute

(1) *Dictionnaire de médecine et de chir. prat.*, art. ANTIMOINE, t. III, p. 79.
(2) *Observatore medico di Napoli*, 1837.

dose, de sorte qu'il est très-difficile de déterminer la part exacte qui revient aux boissons glacées et aux bains froids dans les succès obtenus. L'auteur, pourtant, affirme avoir vu des malades agonisants, nonobstant l'emploi d'un traitement antiphlogistique des plus énergiques, être ranimés, et éprouver une amélioration progressive après leur immersion dans un bain froid et après l'administration de la glace à l'intérieur.

Ces faits, qui contrarient à un si haut degré nos idées, auraient dû être recueillis avec plus de rigueur pour pouvoir mériter quelque confiance. Il en est de même de ceux qui ont été cités en Allemagne par quelques médecins hydropathes. Le docteur Schedel nous apprend (1) qu'on a parfois traité la pneumonie par les enveloppements avec le drap mouillé, par l'application de compresses froides et par l'usage à l'intérieur de l'eau à une température basse. Ces moyens, par la sédation qu'ils produisent et par la diaphorèse qu'ils provoquent, amèneraient la résolution de pneumonies graves. Il est donc possible, dit Schedel, de réduire à des principes scientifiques ce traitement en apparence si choquant. Cet observateur distingué admet volontiers la possibilité de traiter de la sorte et avec succès une pneumonie franche, légère, n'ayant pas dépassé le premier degré ; mais il reconnaît pourtant que ce traitement ne pourrait convenir à tous, et que d'ailleurs les cas de pneumonie traités par l'hydrothérapie ne sont pas encore complétement avérés.

ARTICLE VII.

MOYENS ADJUVANTS.

Je dois maintenant énumérer les principaux moyens qu'on emploie à titre d'auxiliaires des méthodes de traitement que je viens d'étudier. Ces moyens sont hygiéniques ou médicamenteux.

§ 1er. — **Moyens hygiéniques.**

Les malades seront soumis à la diète, quelque bénigne que soit la pneumonie. Il faut de toute nécessité qu'ils ne prennent aucun aliment solide ou liquide ; cela ne souffre guère d'exception pour l'adulte. On doit soumettre à la même règle les jeunes sujets, excepté toutefois les enfants à la mamelle. Il importe aussi de ne pas oublier que, pendant les cinq ou six premières années de

(1) *Examen clinique de l'hydrothérapie*, p. 263.

la vie, surtout chez les enfants allaités, il ne faut pas trop insister sur la diète. Billard voulait que l'enfant à la mamelle fût privé du sein pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures (1); c'est infiniment trop. Pour ne pas nuire en pareil cas on se bornera à diminuer de moitié ou des deux tiers l'alimentation; les enfants plus âgés, les vieillards et tous les individus débilités par une cause quelconque prendront quotidiennement quelques liquides alimentaires (bouillon ou lait) et surtout du vin, même pendant la période la plus aiguë; à plus forte raison devra-t-on le faire plus tard et associer en outre quelques toniques amers, surtout le quinquina.

On redoute généralement beaucoup l'usage des alcooliques dans la pneumonie. Il semble, à priori, que ces agents devraient d'autant plus être nuisibles qu'éliminés en grande partie par les voies pulmonaires, ils peuvent, indépendamment de l'excitation générale qu'ils provoquent, agir en outre très-directement et en quelque sorte topiquement sur l'organe malade. Ces craintes sont évidemment exagérées. Nous avons précédemment établi, page 547, que les individus qui avaient bu quelquefois assez copieusement et pendant plusieurs jours de suite du vin chaud, n'ont point aggravé leur maladie; ils n'ont pas même exagéré aucun des principaux symptômes; aussi la mortalité chez eux n'a pas été accrue. C'est là un fait que j'ai vérifié il y a déjà vingt-cinq ans et signalé dans la première édition de ce livre, à une époque, par conséquent, où la pneumonie revêtait à un plus haut degré que de nos jours le caractère inflammatoire et exigeait beaucoup plus qu'à présent une médication énergiquement débilitante. J'ai donc été peu surpris de voir qu'en Angleterre les boissons stimulantes, comme l'acétate d'ammoniaque et surtout les vins généreux et même l'eau-de-vie, étaient recommandés par quelques médecins dans la plupart des pneumonies, et cela souvent au début de la maladie et sans qu'il existât une de ces causes apparentes de débilité qui indiquent une médication plus ou moins franchement stimulante. Le docteur Todd dit que si l'alcool ne fait pas partie essentielle du traitement de la pneumonie, il en constitue du moins un accessoire important (2). Le docteur Chambers a les mêmes principes (3); il donne souvent un verre de vin de Porto avant de pratiquer la phlébotomie afin, dit-il, de rendre le malade plus solide.

Je suis loin de penser qu'on doive généraliser une semblable

(1) *Traité des maladies des enfants*, 3e édit. Paris, 1837, p. 573.
(2) *Clinical lectures*, 2e édit., 1861, p. 328.
(3) *The Lancet*, 1862, t. II, p. 169.

pratique : elle est sans doute plus souvent applicable en Angleterre que chez nous, en raison du climat différent et des habitudes d'intempérance du peuple anglais, même dans les classes les plus élevées. Si l'Anglais atteint de pneumonie, de rhumatisme aigu fébrile, peut prendre impunément et souvent avec utilité jusqu'à 500 et 600 grammes d'eau-de-vie par jour (1), il est certain qu'en France, même sous le climat de Paris, ce ne peut être qu'un fait très-exceptionnel. Il sera d'autant plus rare qu'on s'avancera davantage vers les provinces méridionales de l'Europe.

Le vin ne doit être donné chez nous, au début de l'affection, que chez des individus plus ou moins débilités par une cause quelconque, par l'âge, par les privations, par l'état constitutionnel. Il convient à ceux dont la pneumonie revêt d'emblée la forme adynamique, ou bien encore aux sujets qui boivent habituellement avec excès et qui, bien que frappés d'une pneumonie à forme même la plus inflammatoire, n'en doivent pas moins continuer à prendre une certaine dose de boisson alcoolique, afin de ne pas rompre brusquement avec une habitude invétérée et pour prévenir de la sorte, comme nous l'exposerons plus tard, l'explosion de troubles graves vers les centres nerveux.

Je ne parle ici que de la période la plus aiguë de la maladie, de celle qui commande l'emploi des antiphlogistiques; mais lorsque l'hépatisation est généralisée et complète et que les forces déclinent, il faut rendre la lutte possible en permettant quelques boissons nutritives, quelques stimulants, et nul ne saurait être préféré au vin. La plupart des médecins français sont généralement un peu trop timorés à la période de la maladie dont je parle ; beaucoup s'obstinent encore sur les antimoniaux dont l'action est épuisée, ils s'évertuent à trouver des médicaments altérants capables de résoudre l'engorgement pulmonaire ; dans cette préoccupation, ils continuent la diète exténuante, et cependant ce qu'il y aurait de plus utile à faire alors, ce serait de soutenir les forces dans de justes limites, par le bouillon et par le vin.

Il est nécessaire que les malades atteints de pneumonie gardent un repos complet dans leur lit ; la température de l'appartement devra être douce et uniforme. Beaucoup de personnes craignant les refroidissements et voulant exciter une transpiration qu'elles espèrent devoir être la crise de la pneumonie, s'opposent à ce qu'on renouvelle l'air de la chambre qu'elles échauffent outre mesure, en même temps qu'elles étouffent le patient sous le poids d'un grand

(1) *British medical Journal*, juillet 1863.

nombre de couvertures. Le médecin doit défendre les malades contre les soins peu éclairés de ceux qui les entourent. L'élévation de la température dans la chambre du malade contribue à augmenter la dyspnée, tandis que l'aspiration d'un air modérément chaud produit un effet contraire.

J'ai dit que les malades devaient garder habituellement le lit, mais il importe d'ajouter que les vieillards, que les enfants à la mamelle surtout, et généralement tous les individus faibles devront être fréquemment changés de position, afin de combattre la tendance fâcheuse qu'ont les poumons à se congestionner passivement, et pour favoriser l'expulsion des mucosités bronchiques qui, dans ces conditions dynamiques, sont plus ou moins difficilement rejetées.

Il est inutile de dire que les malades devront être éloignés du bruit et de toutes les causes d'excitation, il faudra en outre leur prescrire le repos le plus absolu des organes de la voix. En un mot, on devra observer rigoureusement, pour la pneumonie, toutes les règles d'hygiène et de diététique qui sont généralement conseillées pour concourir à la curation des maladies aiguës.

Je vais maintenant énumérer les moyens adjuvants dits médicamenteux qui font partie de la médication qu'on emploie dans la période la plus aiguë.

§ 2. — **Moyens médicamenteux.**

1° *Boissons.* — Il est utile que les malades boivent une certaine quantité de boissons douces ; on ordonne communément une infusion de mauve, de guimauve, de violette, de bouillon blanc, de coquelicot, etc., les mucilages de gomme arabique, de gomme adragant, les loochs, les émulsions, les sirops de gomme, de guimauve, de capillaire, l'eau de poulet, etc.; en un mot, toutes les boissons douces, mucilagineuses, sont indiquées. Il arrive cependant assez fréquemment que ces breuvages répugnent au malade, ils n'étanchent pas la soif et ils augmentent l'empâtement de la bouche. Dans ces cas, il n'y a aucune espèce d'inconvénient à permettre l'usage d'une boisson légèrement acidulée, telle qu'une solution de sirop de groseille, car je n'ai pas remarqué que les substances acides, données modérément, aient l'inconvénient qu'on leur reproche, d'augmenter les quintes de toux. Quelques auteurs conseillent d'ajouter à la boisson ordinaire des malades quelques décigrammes de nitrate de potasse ou de sel ammoniac, mais je ne sais vraiment si cette addition offre réellement de l'utilité.

On ne doit guère proscrire au début que les boissons stimulantes,

excitantes, toniques, à moins que des indications particulières fournies par la débilité naturelle ou acquise des individus n'en ordonnent l'usage ; c'est ce que nous avons exposé déjà précédemment, page 680. Le polygala de Virginie, préconisé en 1738, comme un spécifique contre la pneumonie, ne convient que dans des cas exceptionnels. Ce n'est qu'un expectorant médiocre qui n'est utile que dans les pneumonies catarrhales.

2° *Fumigations.* — Je ne parlerai des fumigations émollientes dont quelques auteurs ont conseillé l'usage, que pour dire qu'on ne doit point les employer dans la pneumonie, car elles ont l'inconvénient de fatiguer les malades, d'augmenter souvent la dyspnée, sans qu'il soit bien prouvé que leur effet consécutif soit avantageux. Il en est à peu près de même des vapeurs de vinaigre chaud, que plusieurs médecins des derniers siècles ont préconisées dans certaines pneumonies malignes, surtout à titre d'expectorants, lorsque les mucosités s'accumulent en grande abondance dans les bronches. Ce moyen n'est guère usité de nos jours.

3° *Purgatifs.* — Presque tous les médecins, tant anciens que modernes, regardent comme utile d'entretenir la liberté du ventre chez les pneumoniques ; les lavements ou quelques légers laxatifs suffisent ordinairement pour atteindre ce but. Quelques-uns emploient en outre les purgatifs comme dérivatifs, afin de combattre la congestion pulmonaire. Chomel était fidèle à cette pratique, aussi presque tous les malades que nous avons observés ensemble et chez lesquels on n'administra pas le tartre stibié, quelques-uns même de ceux qui furent soumis à la méthode rasorienne et qui eurent une tolérance complète, furent purgés une ou plusieurs fois.

Si la théorie indique que l'administration des purgatifs doux doit être utile dans la pneumonie, et doit hâter son heureuse terminaison, il paraît à peu près impossible de le prouver d'une manière rigoureuse ; c'est du moins ce qui résulte de l'analyse de mes observations. Lorsqu'en effet le purgatif a été donné à l'époque où la maladie faisait encore des progrès, il était rare qu'on n'employât pas concurremment quelque autre agent thérapeutique plus actif, notamment les saignées générales ou locales, et si une amélioration survenait aussitôt après l'emploi de ces moyens, il était impossible de dire ce qui revenait à chacun d'eux ; tout porte à croire pourtant que les émissions sanguines devaient avoir la plus grande part dans la diminution des accidents. Si le laxatif était administré à une période plus avancée, lorsque déjà la maladie était enrayée ou en décroissance, l'amélioration qui succédait pouvait tout aussi bien être rapportée à l'influence du médicament qu'à la marche

naturelle de la maladie. Ce qui prouve d'ailleurs que les purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, et les sels neutres n'ont pas une grande puissance pour modifier les symptômes de la pneumonie, c'est que chez quelques-uns des dix individus dont j'ai parlé précédemment, chez lesquels la maladie était si minime, qu'ils purent être traités par la méthode émolliente, on donna pourtant un, deux ou trois laxatifs ; ce fut alors l'agent thérapeutique le plus actif qui eût été employé; cependant on se rappelle que les symptômes locaux persistèrent longtemps, et que la maladie eut une durée assez longue, eu égard surtout à sa grande bénignité. Je conclus que les purgatifs doux ont, dans le traitement des pneumonies, une utilité très-restreinte. Toutefois, comme leur emploi a toujours été exempt de tout inconvénient, je crois qu'il ne faut pas hésiter à les prescrire, quelques doutes d'ailleurs qu'on puisse conserver sur leurs effets plus ou moins immédiatement avantageux.

4° *Narcotiques.* — La plupart des praticiens ont redouté longtemps l'emploi de l'opium et des autres narcotiques chez les individus affectés de pneumonie. On croyait, en effet, que ces médicaments, loin d'agir comme sédatifs dans les maladies fébriles, étaient, au contraire, des excitants dangereux qui augmentaient la fièvre et qui favorisaient les congestions viscérales. Hecquet lui-même, quelque prévenu qu'il fût pour les calmants, les a toujours regardés comme dangereux dans toutes les inflammations de poitrine ; Lieutaud (1) et plusieurs autres accusaient les hypnotiques de supprimer les crachats et de favoriser la terminaison de la maladie par gangrène. D'autres médecins, moins exclusifs, ont eu quelquefois recours à l'opium, mais ils ne le croyaient utile que vers le déclin de la pneumonie, lorsque la fièvre avait diminué ou même cessé tout à fait ; telle était la pratique de Monro (2), de Cullen (3), etc.

En lisant les ouvrages de ces médecins, on cherche en vain des faits pour justifier leurs appréhensions ; on ne trouve partout que des assertions ou des raisonnements sans preuves, et par conséquent fort contestables. On a certainement beaucoup exagéré les inconvénients que peut avoir l'administration de l'opium chez les sujets atteints de pneumonie. Déjà nous avons vu que les nombreux malades auxquels on donna du sirop diacode ou de l'extrait thébaïque jusqu'à la dose de 5 centigrammes dans la potion stibiée, n'en éprouvèrent aucun effet fâcheux, puisque l'amélioration fut

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 350.

(2) *Médecine d'armée*, t. II, p. 258.

(3) *Traité de médecine pratique*, t. II, p. 264.

aussi prompte, aussi rapide chez eux que chez les individus qui eurent de l'émétique sans addition d'opium : M. Louis a fait la même remarque. Tous les malades qui prirent une préparation opiacée avaient une fièvre violente et de la dyspnée, cependant les accidents diminuèrent généralement, loin d'augmenter, comme on aurait dû s'y attendre, si l'opinion des médecins cités plus haut avait eu quelque fondement. On dira peut-être que si l'opium n'a pas eu ici les inconvénients qu'on lui attribue, cela dépend de ce qu'il était associé au tartre stibié ; cette opinion n'a rien de fondé. Chez dix malades, en effet, l'opium fut donné seul, en pilules ou en sirop, à la dose de 25 milligrammes ou de 5 centigrammes, dans l'intention de diminuer les douleurs et de provoquer le sommeil. Si le but qu'on se proposait n'a pas toujours été atteint, je n'ai pas noté du moins que le médicament ait jamais augmenté la fièvre et l'oppression, supprimé l'expectoration, ou aggravé des symptômes cérébraux qui existaient. Il résulte même de ces faits que lorsque le point de côté est encore intense, lorsque le malade est tourmenté par de l'insomnie, par des quintes de toux, et lorsqu'il est agité, il y a grand avantage de prescrire 5 centigrammes d'opium ; on pourra, dans quelques cas, élever la dose jusqu'à 1 décigramme ; la fièvre même, quand elle est violente, n'est pas un obstacle absolu à ce que l'opium produise son effet sédatif accoutumé.

Je n'ai jamais suivi ou vu suivre la pratique de quelques médecins anglais, consistant à donner 15 centigrammes d'opium immédiatement après la première saignée, qu'ils poussent souvent jusqu'à syncope ; ils regardent l'opium administré dans ces conditions comme pouvant empêcher la réaction de s'opérer. Ne connaissant point les faits que l'on invoque, il m'est impossible d'approuver ou de combattre la conduite dont je parle.

Ici se borne ce que j'avais à dire de l'emploi des narcotiques dans le traitement de la pneumonie ; j'ai voulu surtout prouver que l'opium n'avait pas les inconvénients que la plupart des médecins lui ont longtemps attribué, et que quelques-uns lui attribuent encore ; plus tard, en recherchant quels sont les moyens les plus utiles pour combattre les diverses espèces de troubles cérébraux qui compliquent si souvent la pneumonie, nous verrons si l'opium ne pourra pas être opposé avec avantage à certaines formes de délire.

5° *Anesthésiques.* — Depuis une dizaine d'années, quelques médecins ont proposé les inhalations de chloroforme dans le traitement de la pneumonie. Les uns n'ont eu d'autre but que de calmer

la douleur et la dyspnée, d'autres ont eu la prétention de guérir par ce moyen seul la phlegmasie pulmonaire. Parmi ces derniers, je citerai le docteur Warrentrapp (de Francfort), qui, ayant soumis aux inhalations de chloroforme vingt-trois individus atteints de pneumonies plus ou moins graves, aurait vu sous l'influence de ce moyen seul, la maladie se terminer heureusement vingt-deux fois. Chez la plupart, le traitement aurait été commencé au quatrième jour de la maladie, le nombre des inhalations avait été de six à vingt-cinq dans les vingt-quatre heures, on en fit en moyenne de huit à douze, et l'auteur estime qu'on usa dans chacune d'elles environ soixante gouttes de chloroforme.

L'effet immédiat des inhalations fut d'augmenter la chaleur, d'exciter la sueur, de diminuer la dyspnée, la toux et la douleur locale; en un mot, il en résulta un soulagement réel; la maladie se jugea vers le seizième jour (1). Des essais analogues ont été tentés en Espagne par le docteur Escolar. Procédant autrement qu'on ne l'a fait en Allemagne, M. Escolar multipliait moins les inhalations, il n'en faisait guère que trois ou quatre par jour, il ne les prolongeait pas plus de deux à quatre minutes, et associait d'ailleurs au chloroforme l'emploi des moyens ordinaires, de sorte que les observations du médecin espagnol ne sauraient avoir une grande valeur (2).

Nous manquons de renseignements pour juger avec quelque rigueur la valeur de la méthode dont je parle. On ne saurait contester pourtant que les inhalations de chloroforme ne soient capables de modérer la douleur de côté, la toux, l'oppression ; elles ont paru parfois favoriser l'expectoration et la diaphorèse ; mais on ne peut dire encore si elles hâtent la résolution des lésions pulmonaires et si elles calment l'état fébrile. M. le docteur Debout conclut aussi de quelques essais tentés par Aran, que le chloroforme inhalé par les individus atteints de pneumonie n'avait point d'inconvénient, qu'il agissait comme sédatif utile, sans exercer cependant une influence manifeste sur la marche de la maladie et sur la résolution de l'état phlegmasique (3).

6° *Bains.* — Le père de la médecine a parlé, le premier, des bons effets des bains tièdes dans le traitement de la pneumonie. Suivant lui, le bain calme la douleur de côté, favorise l'expectoration, facilite la respiration, dissipe les lassitudes, rend les membres

(1) Extrait dans *Gazette médicale de Paris*, p. 788, année 1855.

(2) *El Siglo medico* et *Revue thérapeutique du Midi*, février 1854.

(3) *Bulletin de thérapeutique*, t. XLVI, p. 234.

plus souples, ôte à la peau sa tension et sa sécheresse, soulage les pesanteurs de tête, il a de plus une action diurétique (1). Plusieurs médecins ont, à différentes époques, préconisé et imité la pratique d'Hippocrate; je citerai surtout Albers en Allemagne (2), Velasquez Ojeda en Espagne (3), et Gilchrist en Angleterre, qui déclare qu'il n'y a pas de cas où les bains semblent plus indiqués et procurent plus de soulagement que dans les pleurésies et dans les violentes pneumonies (4). Chomel conseillait aussi les bains tièdes lorsque la pneumonie s'accompagnait d'une chaleur vive et sèche de la peau : le bain, administré dans ces circonstances, a pour effet très-ordinaire de rendre la peau plus souple et moins chaude, de rétablir la perspiration, et de favoriser le travail de la résolution.

L'emploi du bain dans la pneumonie a paru pourtant irrationnel et même dangereux à quelques médecins ; c'est à tel point que J. Frank n'a jamais osé l'expérimenter (5); Laennec lui reproche de produire quelquefois du refroidissement (6). Rien de plus facile pourtant que d'éviter cet inconvénient en donnant le bain dans l'appartement du malade, et même à côté de son lit, en ayant soin de chauffer la chambre, en évitant les courants d'air, et en maintenant l'eau à une température convenable et uniforme. Le bain fini, rien de plus aisé également que de retirer promptement le malade de sa baignoire, de l'essuyer très-vite avec des linges chauds, et de le coucher dans un lit bassiné. Toutes ces conditions se trouvant rarement réunies dans un hôpital, il est souvent difficile de donner des bains aux sujets qu'on y traite ; il n'en est plus de même pour les malades de la pratique civile.

Depuis vingt-cinq ans j'ai bien souvent donné des bains tièdes à des malades atteints de pneumonie, et si je n'ai pas toujours obtenu les effets que j'espérais, presque jamais je n'ai eu à me repentir de les avoir administrés. Voici ce que j'ai remarqué chez les dix malades sur lesquels j'ai conservé des notes exactes. On peut les diviser en deux groupes : les uns, au nombre de six, prirent le bain dans la période la plus aiguë de la pneumonie, et lorsque l'affection

(1) *Traité du régime dans les maladies aiguës* (*Œuvres d'Hippocrate*, traduites par E. Littré. Paris, 1840, t. II, p. 225).

(2) *Journal de Hufeland.*

(3) *Mém. Acad. de la Roy. Soc. de Séville*, t. I.

(4) *Usage des bains dans les fièvres*, comme appendice à l'ouvrage intitulé : *Utilité des voyages sur mer*, trad. de l'anglais par Bouvin, en 1770, p. 267.

(5) *Prax.*, pars 2, vol. II, p. 390

(6) *Loc. cit.*, t. I, p. 657.

était en progrès ; chez les quatre autres le bain fut donné pendant la résolution, lorsque, malgré la diminution de la plupart des symptômes, la peau conservait encore de la chaleur, de l'aridité, et le pouls un certain degré de fréquence que l'examen de l'état local ne pouvait expliquer.

Des six malades qui furent plongés dans le bain tiède pendant la période la plus aiguë de la pneumonie, il en est trois qui n'éprouvèrent aucune espèce d'amélioration ; chez les autres, au contraire, et même chez l'un d'eux dont la pneumonie eut une issue funeste, je notai une diminution considérable dans la chaleur cutanée ; la peau, qui était en outre aride, âcre au toucher, devint souple et s'humecta d'une douce transpiration. Cinq de ces malades supportèrent leur bain pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, et n'en furent point incommodés, un seul se trouva mal à l'aise dès qu'on l'eut mis dans la baignoire ; l'oppression augmenta ; on fut obligé de le retirer au bout de six ou sept minutes ; et il éprouva à la suite une très-grande fatigue. Le bain paraît avoir été très-avantageux chez trois des malades auxquels il fut donné pendant la période aiguë de la maladie, car, quelques heures après, il y avait un sentiment de bien-être ; la fréquence du pouls avait diminué, la chaleur de la peau était moindre : ce fut le prélude d'une amélioration qui alla sans cesse en augmentant.

J'ai dit que quatre pneumoniques prirent un bain à une époque plus éloignée. Bien que la maladie fût en voie de résolution, la peau cependant conservait encore une chaleur sèche, et le pouls avait une fréquence qui était en désaccord avec l'état local. Ces quatre individus supportèrent le bain sans fatigue pendant trois quarts d'heure ou une heure. Il eut deux fois pour effet immédiat d'abaisser la température de la peau, de rendre à cette dernière sa souplesse, et de ramener le pouls à sa fréquence normale. Chez les deux autres malades, les effets furent un peu moins marqués ; mais, à la suite d'un second bain qui fut pris le jour suivant, le succès fut complet.

Les faits que je viens d'examiner prouvent que les bains tièdes peuvent être utilement prescrits aux individus atteints de pneumonie. Je ne sais si, comme Hippocrate l'a dit, ils peuvent calmer les douleurs de poitrine, attendu que, chez les malades auxquels nous les avons donnés, ce symptôme avait déjà cessé ou bien était presque nul. Je n'ai pas remarqué non plus qu'ils aient facilité l'expectoration, mais ils ont été évidemment utiles pour faire perdre à la peau sa chaleur âcre, et pour lui rendre son humidité et sa souplesse ; c'est là le très-grand avantage de la médication dont je

parle. Les effets du bain tiède ont été surtout marqués et très-prompts chez les quatre malades du deuxième groupe. Peut-être eût-on obtenu des effets plus avantageux chez ceux de la première série, si, au lieu d'un seul bain qui fut donné, on en eût administré plusieurs jours de suite.

7° *Topiques émollients.* — Plusieurs médecins des derniers siècles conseillaient des onctions avec des pommades résolutives, calmantes et émollientes, que l'on faisait sur la poitrine; ces moyens sont justement tombés en désuétude. Ils employaient aussi, dans la vue d'apaiser la douleur de côté, des cataplasmes émollients ou des vessies remplies de lait tiède. Ces remèdes, dit J. Frank, ne nuisent pas, et ils plaisent beaucoup aux malades ainsi qu'à ceux qui les soignent; on pourra donc les prescrire, mais on aura soin de recouvrir le cataplasme d'un morceau de taffetas ou de flanelle, et de le renouveler souvent afin d'éviter le refroidissement.

8° *Vésicatoires.* — Les vésicatoires sont, après les saignées, les agents thérapeutiques qui, à tous les âges de la vie, ont été le plus généralement employés dans le traitement des pneumonies. On peut même dire que les médecins ont été à peu près unanimes pour en prescrire l'application au niveau du point malade; ils n'ont guère différé entre eux que relativement à la détermination de l'époque de la maladie à laquelle on pouvait y recourir avec le plus d'avantage. La plupart veulent que l'on ne mette de vésicatoires qu'après avoir préalablement pratiqué une ou plusieurs saignées, afin d'éviter l'excitation que les cantharides pourraient produire; c'est la conduite que Cullen avait adoptée (1). Monro (2) dit aussi qu'une longue expérience l'avait déterminé, dans la pleurésie comme dans la pneumonie, à appliquer le vésicatoire dès le commencement de la maladie, après avoir fait une première saignée. Quelques médecins, en bien petit nombre il est vrai, ont conseillé de recourir aux vésicatoires dès le début de la pneumonie, et sans y avoir préparé les malades par aucun traitement antérieur; on a prétendu que par cette méthode il n'était pas rare de voir les pneumonies se résoudre aussitôt, et la convalescence se déclarer dans les vingt-quatre heures. Ces faits sont trop extraordinaires et trop opposés à ce que nous voyons chaque jour, pour pouvoir être acceptés de confiance, il est probable que les individus auxquels on a appliqué le traitement dont nous

(1) *Médecine pratique*, t. II, p. 263.

(2) *Médecine d'armée*. Paris, 1769, t. II, p. 258.

parlons et qui en auraient obtenu un si merveilleux effet avaient autre chose qu'une pneumonie, ils n'avaient très-probablement qu'une pleurodynie ou tout au plus un point pleurétique très-circonscrit.

Quelques auteurs ont pourtant, depuis le commencement de ce siècle, contesté l'utilité des vésicatoires, tel fut Rasori (1) et jusqu'à un certain point aussi Laennec (2). N'ayant fourni aucune preuve, on a un peu suspecté leur témoignage; on a pensé d'ailleurs qu'ils avaient pu être entraînés à discréditer quelques-uns des moyens ordinaires de traitement, pour donner plus d'importance encore à la méthode contre-stimulante qu'ils voulaient populariser. Mais un auteur dont les opinions ne sont jamais que l'expression rigoureuse des faits, M. Louis, après avoir analysé et comparé les observations de pneumonie qu'il avait recueillies, a conclu que les vésicatoires n'avaient eu aucune influence appréciable sur la durée de la pneumonie; et il croit que les avantages qu'on peut retirer de leur emploi, ne sont point rigoureusement démontrés, ni même probables dans le traitement des phlegmasies thoraciques (pneumonie, pleurésie) (3). MM. Rilliet et Barthez (4), qui se louent des vésicatoires dans la bronchite et dans la broncho-pneumonie, considèrent, par contre, ces révulsifs comme inutiles et même comme nuisibles, comme pouvant augmenter la fièvre, sans pouvoir jamais exercer la moindre influence favorable sur un seul des symptômes de la pneumonie légitime. S'agit-il de la pneumonie des vieillards, Hourmann et M. Dechambre (5), M. Cruveilhier (6), ainsi que M. Durand-Fardel (7), reconnaissent, par contre, la puissance des vésicatoires, pourvu qu'ils soient mis sur une large surface.

Au milieu de cette divergence, j'ai analysé aussi rigoureusement que possible mes observations pour me rendre compte des effets du vésicatoire dans le traitement de la pneumonie.

Les vésicatoires ont été appliqués dans deux circonstances différentes. Tantôt on les a mis dans les cas où, les symptômes généraux et locaux étant devenus excessivement graves, on avait espéré

(1) Voyez son mémoire déjà cité sur le tartre stibié (*Opuscoli di medicina clinica*, t. II, p. 129).

(2) *Auscultation.*

(3) *Effets de la saignée*, p. 55 et 59.

(4) *Maladies des enfants*, t. I.

(5) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 291.

(6) *Anatomie pathologique du corps humain*, livraison 29, pl. V, p. 3.

(7) *Traité des maladies des vieillards*, p. 564.

pouvoir les modifier heureusement par une forte révulsion sur les parois thoraciques; d'autres fois on eut recours au vésicatoire, lorsque l'état général s'était déjà beaucoup amélioré, et que même quelques malades touchaient à la convalescence, on se proposait alors pour but de hâter la résolution de l'engorgement pulmonaire qui était un peu trop lente à se faire. Recherchons si l'on a atteint les deux buts qu'on s'était proposés, en employant la médication dans les deux conditions dont je parle.

Chez douze des malades qui ont succombé, un large vésicatoire fut appliqué sur le côté de la poitrine affecté; et chez quatre d'entre eux on y eut recours douze ou vingt-quatre heures seulement avant la mort, à une époque où l'on ne conservait plus ou presque plus d'espoir de sauver les malades. Mais chez tous les autres, le vésicatoire fut ordonné plusieurs jours avant le terme fatal, et lorsque les symptômes généraux et locaux, quoique fort graves, n'avaient pas encore enlevé tout espoir de salut. Parmi les douze malades dont je parle, il en est onze qui n'ont éprouvé aucune espèce d'amendement dans l'état général et dans l'état local après l'application du vésicatoire; un seul fut très-soulagé douze heures après; mais comme cet individu avait pris en même temps une potion stibiée, il est plus probable que l'amélioration momentanée que nous avons observée dépendait plutôt de l'émétique que du vésicatoire.

Parmi les malades atteints de pneumonie qui ont guéri, il en est vingt-six qui subirent l'application d'un ou de deux vésicatoires sur la poitrine. Chez cinq de ces vingt-six malades, le vésicatoire fut posé un peu avant la fin du sixième jour, à dater du début, et à une époque où la maladie, déjà grave, faisait encore de nouveaux progrès. En étudiant quelle fut l'influence qu'exerça le vésicatoire sur les symptômes de la pneumonie, nous voyons, que chez quatre de ces malades il n'y eut aucune espèce d'amendement dans les symptômes généraux et locaux, pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures qui suivirent l'application du vésicatoire; chez un seul malade j'ai noté, le lendemain où l'exutoire avait été posé, une diminution considérable dans la fréquence du pouls, dans la chaleur de la peau et dans l'oppression; on ne pouvait s'empêcher de reconnaître qu'une amélioration réelle avait eu lieu depuis la veille. Fallait-il la rapporter exclusivement au vésicatoire? Je suis loin de nier que cet agent thérapeutique n'ait eu aucune part dans l'amendement que j'ai observé; mais il faut remarquer que chez l'individu dont il est ici question, l'exutoire fut mis au neuvième jour de la pneumonie, c'est-à-dire à une

période éloignée du début; or on sait qu'il n'est pas rare de voir des pneumonies qui ont résisté aux moyens thérapeutiques, s'amender spontanément à cette époque sous l'influence des seules forces de la nature. Chez tous les autres sujets le vésicatoire n'exerça aucune influence bien sensible sur la marche de la pneumonie, puisque, appliqué vers le sixième jour de la maladie, la convalescence ne commençait que cinq jours et demi plus tard.

Enfin, chez vingt et un malades qui nous restent, le vésicatoire fut appliqué sur les parois thoraciques, terme moyen au huitième jour, à une époque où la maladie était manifestement dans sa période de déclin. Recherchant si cette application a rapproché le terme de la convalescence, ou bien a rendu plus prompte la résolution de l'engorgement pulmonaire, voici ce que nous démontre l'analyse des faits. Parmi ces vingt et un malades, il y en a quinze pour le moins chez lesquels l'application du vésicatoire n'a exercé aucune modification appréciable ni sur les symptômes généraux ni sur les symptômes locaux; l'amélioration qui existait déjà avant qu'on eût mis l'exutoire, a continué sans que la médication ait paru l'accélérer, car la convalescence est survenue au douzième jour pour les malades qui avaient été seulement saignés; au seizième jour chez ceux qui, plus gravement atteints, avaient été traités à la fois par les émissions sanguines et par l'émétique à haute dose: donc la guérison, chez les sujets qui avaient eu un vésicatoire, avait été observée à peu près à la même époque que chez ceux qui avaient guéri par l'emploi des autres moyens et sans le secours des exutoires. Restent cinq malades chez lesquels l'application d'un vésicatoire a paru être avantageuse. Ainsi deux fois elle a enlevé une douleur pleurétique contre laquelle avaient échoué les saignées locales (sangsues et ventouses); chez les trois autres malades l'état général et l'état local s'étaient tellement amendés le lendemain du jour où le vésicatoire avait été mis, qu'il semblait naturel de rapporter l'amélioration au moyen qui avait été mis en usage. Toutefois on ne peut ici qu'exprimer un doute, attendu que lorsqu'on étudie avec soin le travail de résolution de la pneumonie on voit que celui-ci ne suit pas toujours une marche parfaitement régulière et uniforme, qu'il n'est pas rare, par exemple, de voir l'engorgement pulmonaire diminuer brusquement du jour au lendemain sans qu'on ait rien fait pour l'obtenir, et rester ensuite stationnaire pendant plusieurs jours de suite. Ce qui prouve, d'ailleurs, que chez les malades dont je parle le vésicatoire a eu moins d'influence qu'on ne pourrait croire, c'est que, malgré l'amélioration évidente qui a suivi son application, la durée de la pneumonie n'a pas été sensiblement

modifiée, puisque la convalescence a été généralement notée aux mêmes époques que j'ai précédemment indiquées.

En résumé, il résulterait de l'analyse rigoureuse des faits qui précèdent, que le vésicatoire appliqué sur les parois thoraciques des sujets atteints de pneumonie n'aurait pas l'heureuse influence qu'on lui attribue généralement; nous avons dit, en effet, que rarement on voyait les symptômes s'amender immédiatement après l'action révulsive de l'exutoire, et que dans les cas mêmes où un amendement sensible dans l'état général ou dans l'état local lui avait succédé, il n'était pas certain qu'on dût le lui rapporter. Il a été d'ailleurs démontré que les vésicatoires n'ont point abrégé la durée de la maladie, et s'ils ont été parfois utiles, ils n'ont jamais produit une amélioration comparable à celle qui est survenue si souvent et d'une manière si rapide après l'administration du tartre stibié.

Chez les malades dont je viens d'analyser les observations le vésicatoire avait été constamment appliqué sur la poitrine; eût-on obtenu des effets plus avantageux si on l'eût mis dans des points plus éloignés, aux extrémités inférieures, par exemple, comme quelques médecins l'ont conseillé? J'ai vu prescrire, et j'ai prescrit moi-même nombre de fois l'application d'un ou de deux vésicatoires aux mollets ou aux cuisses chez des individus atteints de pneumonie, dans le but de combattre quelques accidents cérébraux, mais je déclare que, dans aucun de ces cas, les symptômes de la pneumonie n'ont été sensiblement modifiés par la révulsion du vésicatoire. Celui-ci n'a guère été plus efficace contre les accidents cérébraux pour lesquels il avait été employé.

Il résulterait donc des faits qui précèdent que dans la pneumonie, quel que soit le point du corps où l'on applique le vésicatoire, et quelle que soit la période de la maladie à laquelle on a recours à ce moyen, on ne devrait guère espérer modifier par cette médication la marche et la durée de l'affection; il semblerait donc qu'on pût, sans trop d'inconvénient, supprimer le vésicatoire du traitement de la pneumonie. Cette conclusion est légitime, elle découle de l'analyse des faits observés, et elle semble avoir d'autant plus de valeur qu'elle est conforme aux résultats déjà obtenus par M. Louis et par d'autres éminents observateurs.

Cependant je suis loin d'être aussi affirmatif : les réserves que j'avais faites dans la première édition, je les renouvelle encore dans celle-ci et d'une manière encore plus explicite. Nul doute que la plupart des médecins n'exagèrent la puissance des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie. Certes on ne saurait jamais obtenir par eux les effets si immédiatement avantageux qu'on doit

si souvent aux saignées et à l'émétique, mais on ne saurait pourtant les considérer comme absolument impuissants et par conséquent comme inutiles. Une pratique si universellement acceptée doit avoir quelque raison d'être, et puis il n'est pas un de nous qui n'ait vu maintes fois l'application du vésicatoire coïncider avec une amélioration considérable dans l'état local et dans l'état général. Cette conscience intime que nous donne une pratique attentive a bien aussi sa valeur ; d'ailleurs, y eût-il doute encore, je ne voudrais pas qu'on négligeât l'emploi du vésicatoire dans une affection grave, d'autant plus qu'il est fort difficile de pouvoir apprécier rigoureusement, de démontrer le degré d'utilité de la médication dont je parle. Les exutoires sont, en effet, bien rarement employés seuls, on les combine presque toujours à d'autres agents, ou bien on y a recours après l'emploi des médications les plus actives ; et, si celles-ci n'ont pas été immédiatement efficaces, nul ne peut dire si leurs effets sont épuisés. On voit donc combien grandes sont les difficultés pour arriver à une démonstration rigoureuse du degré spécial d'utilité des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie. Il faut les considérer comme des moyens adjuvants qu'on doit employer après les émissions sanguines, après les antimoniaux, et exceptionnellement pendant qu'on a recours à ces derniers, lorsque le péril est grand et lorsqu'il est par conséquent prudent d'user à la fois et au plus vite de toutes les ressources de la thérapeutique. Mais ils conviennent surtout dans les cas où la résolution est lente à se faire ; une vive révulsion à la peau est souvent, en effet, la cause déterminante d'une amélioration rapide dans l'état local. Je dis que le vésicatoire peut être appliqué dans la période la plus aiguë de la maladie, lorsque celle-ci est même encore dans sa période ascendante ; quelques médecins en ont pourtant proscrit l'usage dans ce cas, sous prétexte que les cantharides stimulent, et que l'inflammation cutanée doit avoir pour effet d'augmenter l'état fébrile. Il n'en est rien, les vésicatoires n'ont point cet effet, et si, appliqués au début d'une phlegmasie grave on voit parfois la fièvre augmenter, il est aisé de reconnaître que cette aggravation est la conséquence de la marche naturellement progressive de la maladie. Les vésicatoires n'agissent que par l'acte révulsif, peut-être aussi un peu par la spoliation du sang, mais nullement, comme le suppose l'école contre-stimuliste italienne, par l'action dépressive exercée consécutivement à l'absorption du principe actif.

Pour obtenir du vésicatoire quelque effet avantageux, il faut qu'il occupe une très-large surface ; chez l'adulte, il ne devra pas

avoir communément moins de 20 à 25 centimètres de longueur sur 14 à 15 de largeur. Il faudra parfois le renouveler après quelques jours si les accidents se sont aggravés ou s'ils sont restés stationnaires; j'aime mieux agir ainsi que d'entretenir la suppuration, car la révulsion est plus vive dans le premier cas; et dans les hôpitaux surtout, c'est à tous égards bien préférable, parce que les soins de propreté ne sont pas toujours donnés assidûment, et que trop souvent le vésicatoire irrité devient le point de départ d'un érysipèle ambulant ou le siége d'une inflammation de mauvaise nature ou d'ulcérations douloureuses; c'est ce qu'on voit surtout chez les enfants.

Le vésicatoire, dans le traitement de la pneumonie, n'a que les petits inconvénients qu'il peut avoir quelle que soit l'affection que l'on combatte par lui; il peut congestionner momentanément les reins, ce qu'on reconnaît par la présence de l'albumine dans l'urine; il peut produire une légère cystite toujours éphémère, à moins que la vessie ne soit déjà le siége d'altérations profondes; mais, dans ces cas, il serait sans doute prudent de s'abstenir du vésicatoire; car, quoi qu'on en ait dit, il n'existe aucun moyen certain d'empêcher l'absorption du principe actif, par conséquent aussi son élimination par les voies urinaires. Dans la grande majorité des cas, le vésicatoire, appliqué dans la période la plus aiguë de la maladie, se borne à provoquer un peu d'agitation, mais il est certain, et je le répète encore, qu'il n'augmente pas la fièvre et qu'il n'a pas communément le pouvoir d'accélérer le pouls. M. Louis, qui avait cru le contraire (1), a reconnu depuis que le vésicatoire n'avait pas généralement les inconvénients qu'il avait d'abord redoutés (2). Ayant moi-même étudié, chez 31 de mes malades atteints de pneumonie, les effets immédiats que l'application d'un vésicatoire avait exercés sur la circulation et sur la chaleur, j'ai constaté que chez 10 le pouls offrait un peu d'accélération le lendemain du jour où l'on avait mis le vésicatoire; mais si celui-ci pouvait, à la rigueur, être accusé chez un ou deux de nos malades, on pouvait chez tous les autres expliquer l'agitation plus grande du pouls par l'aggravation de la maladie ou par les douleurs et l'insomnie qui avaient été la conséquence du vésicatoire. Chez les deux tiers des malades ou bien le pouls conserva, le lendemain de l'application du vésicatoire, la fréquence qu'il avait la veille (chez 11), ou bien on vit (chez 10) celle-ci diminuer sensiblement, bien que chez 4 on eût noté une aggravation notable de la maladie.

(1) *Effets de la saignée*, p. 58.

(2) *Fièvre typhoïde*, 2e édition, t. II, p. 479.

Non-seulement on a cru que les vésicatoires pouvaient aggraver l'état général, mais on les a également accusés de gêner l'action des muscles inspirateurs et d'augmenter la congestion pulmonaire. Je ne relèverais pas cette accusation, que rien ne justifie, si elle n'avait pas été formulée par le plus grand observateur de ce siècle, par notre immortel Laennec.

Le vésicatoire cantharidien est le seul révulsif qu'on doive employer dans la pneumonie. Il est plus prompt dans son action et plus efficace que plusieurs de ceux qu'on a parfois conseillés, tels que les onctions avec l'huile de croton, les flanelles imprégnées d'essence de térébenthine usitées en Angleterre. On aurait recours à ces derniers moyens chez les individus atteints d'affections des voies urinaires, qui pourraient en effet être aggravées consécutivement à l'élimination du principe cantharidien par les reins.

ARTICLE VIII.

MODIFICATIONS AU TRAITEMENT D'APRÈS LES MODES DE TERMINAISON.

Lorsque la pneumonie s'est terminée par suppuration, l'état général des malades est tellement grave, les forces sont si prostrées, que les saignées ne peuvent plus convenir; les révulsifs, parfois les contre-stimulants et surtout les toniques peuvent seuls être tentés; ces cas sont tellement fâcheux, qu'il faut presque désespérer du salut des malades. Magnus Huss a conseillé alors la térébenthine, mais rien ne prouve encore l'utilité de ce médicament. Comment d'ailleurs l'établir, puisque nous ignorons complétement les signes capables de nous faire connaître d'une manière certaine l'existence du troisième degré de la pneumonie.

Si un abcès se forme, et si la matière s'évacue par les bronches, la guérison pourra s'effectuer, ou la vie se prolonger encore pendant une ou plusieurs semaines. Il n'y a d'autres indications à remplir dans ce cas que de soutenir les forces par une alimentation légère, et par l'usage de quelques toniques. Peut-être aussi pourrait-on tenter l'emploi des fumigations qu'on rendrait émollientes, narcotiques ou détersives, suivant l'indication du moment; mieux encore, on essayerait d'une vive révulsion à la peau, non-seulement par des vésicatoires répétés, mais à l'aide d'exutoires agissant plus profondément, tels que les cautères.

Dans la terminaison par gangrène, comme le plus souvent il y a des symptômes adynamiques, il faut ranimer les forces et les sou-

tenir par l'usage des cordiaux, des toniques; il sera utile aussi d'ajouter aux boissons 4, 8, 10 grammes de chlorure de chaux, et de faire en outre avec le même liquide des aspersions sur le lit, pour que le malade respire au milieu d'une atmosphère de vapeurs de chlore.

Nous verrons plus tard ce qu'on pourra tenter lorsque la pneumonie passe à l'état chronique.

ARTICLE IX.

TRAITEMENT DE QUELQUES SYMPTÔMES.

Il y a dans la pneumonie trois symptômes qui sont surtout pénibles pour les malades : ce sont la douleur de côté, l'oppression et la céphalalgie. Le point de côté et l'oppression sont des symptômes pour ainsi dire inhérents à la maladie, ils sont le plus souvent en rapport avec l'étendue de l'altération, et les moyens les plus efficaces pour les combattre sont précisément ceux qui réussissent le mieux contre la maladie elle-même.

En général, la dyspnée, le sentiment pénible d'oppression, diminue plus facilement par la saignée générale, tandis que la douleur de côté est plus efficacement combattue par des sangsues ou mieux encore par des ventouses scarifiées; parfois le point de côté ne cède qu'à l'application d'un vésicatoire. La céphalalgie est un symptôme qui n'existe que dans la première période de la maladie, et qui cède en général spontanément, ou bien aux premières saignées qu'on fait; je ne l'ai jamais vue nécessiter une médication spéciale. Quelques cataplasmes sinapisés, promenés sur les extrémités inférieures, sont pourtant utiles pour diminuer la douleur de tête et l'oppression qui fatiguent quelques malades. Quant aux quintes de toux et à l'insomnie qui tourmentent quelques individus, les préparations opiacées, prescrites comme je l'ai dit plus haut, peuvent seules les diminuer.

On sait que quelquefois les crachats se suppriment; tantôt ils cessent d'être sécrétés, d'autres fois, continuant à être exhalés, ils ne sont plus expulsés, ils s'accumulent dans les bronches et gênent beaucoup la respiration. Dans le premier cas il n'y a rien à faire de particulier; dans le second on peut donner avec avantage des boissons aromatiques et des potions contenant du kermès, de l'oximel scillitique; enfin on conseille encore le sirop d'ipécacuanha et l'émétique donné à dose vomitive, ou d'une manière plus fractionnée, dans le but d'entretenir des nausées continuelles, qui, par

suite des efforts qu'elles provoquent, favorisent l'expulsion des crachats. Enfin, on a recommandé dans le même but l'application d'un large vésicatoire sur la poitrine, mais jusqu'à présent ce moyen ne m'a pas paru mériter la confiance que quelques personnes lui accordent dans les cas dont je parle.

ARTICLE X.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS.

La plupart des complications de la pneumonie que nous avons précédemment étudiées, ne réclament aucune médication spéciale, tels sont la pleurésie, la bronchite, l'ictère; il en est d'autres au contraire, comme le sont les complications qui surviennent du côté du cœur, qui forcent quelquefois à insister davantage sur les émissions sanguines; citons entre autres les phlegmasies de l'endocarde et celle du péricarde. Il n'en est pas de même des concrétions sanguines qui, en se formant rapidement, apportent un trouble considérable dans les fonctions cardiaques. Lorsqu'il en est ainsi, on doit insister sur la digitale et donner en outre les mercuriaux, le calomel à doses fractionnées, et mieux encore les alcalins, dans le but d'agir sur la crase du sang et d'obtenir la dissolution des caillots.

Le délire est presque la seule des complications ordinaires de la pneumonie qui exige une médication spéciale. Mais pour déterminer celle qui convient, il importe avant tout d'être bien fixé sur la nature du délire et sur les causes qui ont présidé à son développement, chose souvent très-difficile à établir d'une manière positive.

On a vu que fréquemment le délire était symptomatique d'une altération matérielle des enveloppes des centres nerveux, nous avons dit, en effet, précédemment que sur près du tiers des individus qui succombent avec du délire dans le cours d'une pneumonie, nous avons trouvé, pour expliquer le désordre cérébral, une méningite de la convexité du cerveau. Il est évident qu'en pareil cas il faut combattre le délire par les moyens généralement usités contre les phlegmasies cérébrales.

Le délire qui se déclare dès le commencement de la maladie, ou lorsque celle-ci est encore à sa période d'accroissement; le délire qui suit les variations de la fièvre, qui augmente pendant les exacerbations que celle-ci présente, n'exigent guère de traitement spécial, car, dans ces cas, le trouble cérébral est l'effet manifeste de la fièvre, il semble lui être entièrement subordonné; aussi ne

doit-on avoir recours à d'autre médication qu'à celle qui peut combattre le plus efficacement la fièvre ou plutôt la maladie, dont la première est un symptôme. Il n'y a rien à tenter non plus contre le délire qui survient à une période avancée de la maladie, à cette époque où l'ensemble des symptômes généraux et locaux doit faire soupçonner la suppuration du parenchyme pulmonaire. Les sinapismes, les vésicatoires aux mollets ou aux cuisses, qu'on emploie communément alors, ne peuvent avoir aucune espèce d'utilité.

Il est un autre délire, en général peu violent, qui n'est l'expression d'aucune lésion matérielle appréciable des centres nerveux, ni l'effet d'une infection purulente ou septique; mais sous l'influence de la fièvre éclate un désordre dans l'innervation, désordre qui prédomine souvent sur les symptômes propres de l'affection et constitue le danger le plus grand de la maladie. Cet état, connu sous le nom d'*état ataxique*, n'est pas seulement caractérisé par un délire plus ou moins agité, en général, par un simple *subdelirium* ou par un *coma vigil*, mais il existe en outre des contractions fibrillaires des muscles, des soubresauts des tendons, une stupeur, un regard étonné ou hébété, qui impriment à la maladie une physionomie toute spéciale. C'est contre cette espèce de délire que Récamier, à l'exemple de Sarcone, a conseillé le musc; il donnait ce médicament à la dose de 8 à 10 décigrammes et plus encore, divisés en pilules de 5 centigrammes, que les malades prenaient d'heure en heure et le continuaient jusqu'à rémission des accidents, ce qui avait lieu ordinairement, d'après Récamier, au bout de huit à dix heures au plus. Si les troubles cérébraux n'étaient pas enrayés, il disait de ne plus rien espérer du remède, dont les effets en général sont prompts ou tout à fait nuls. Depuis quarante ans, on a publié un certain nombre de faits prouvant l'efficacité de cette médication (1).

J'ai moi-même bien souvent administré le musc contre les accidents dont je parle, et j'ai acquis la conviction que ce médicament était utile dans bien des cas. Comment contester d'ailleurs son action, lorsque, quelques heures après l'avoir fait prendre aux malades, on voit l'agitation, le délire, les soubresauts, les tremblements diminuer, puis disparaître. Si beaucoup de médecins n'ont pas la même conviction que moi, cela tient sans doute à ce

(1) Voyez, entre autres, *Bibliothèque médicale*. t. LIX. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, novembre 1839. — Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, article Musc.

qu'ils ont donné le musc à trop faibles doses, parfois peut-être leur échec dépend de ce qu'ils ont donné un musc altéré, falsifié. Pour être utile dans les cas dont je parle, il faut, non-seulement posséder du musc de très-bonne qualité, mais on doit dépasser de beaucoup les doses généralement conseillées; c'est ainsi que j'administre toujours au minimum 1gr,50 de musc, soit en potion, soit en pilules, parfois en lavement; très-souvent cette dose est doublée ou triplée dans les vingt-quatre heures; il n'y aurait nul danger à aller même au delà. Le musc n'a d'autre inconvénient que d'être un médicament fort cher, et ce qui est bien autrement fâcheux, un médicament très-souvent sophistiqué, de là découle en quelque sorte la nécessité d'en donner plutôt plus que moins.

Il importe de dire, toutefois, que je ne fais pas du musc un agent spécifique des accidents ataxiques; loin de là, je crois même qu'il échoue plus souvent qu'il ne réussit, mais il suffit qu'il puisse être utile et que son emploi n'entraîne après lui aucun inconvénient, pour qu'on n'hésite pas à le donner. Ce médicament, comme l'avait justement remarqué Récamier, a une action prompte; aussi, lorsqu'il est impuissant après deux ou trois jours d'emploi régulier, on peut l'abandonner. De tous les agents dits antispasmodiques, le musc est le seul qui se soit montré quelquefois utile, je n'ai jamais rien obtenu ni de la valériane, ni de l'asa fœtida, ni du camphre ; il n'en est pas de même de l'opium donné seul ou bien uni au musc. Cependant ce n'est pas contre les symptômes ataxiques notés plus haut que l'opium agit le mieux, il est inférieur au musc, mais il est souverain contre ces délires violents, maniaques, observés très-souvent dans le cours de la pneumonie; véritable névrose excitée soit par la fièvre, soit par la lésion pulmonaire. Cette forme de délire nerveux, que le musc ne modifie point, cède par contre fréquemment à l'emploi de l'opium donné à la dose de 5 à 15 centigrammes. Beaucoup de médecins hésitent à user de ce précieux médicament dans les cas dont je parle. Croyant que l'opium a pour effet constant de congestionner l'encéphale, et expliquant par ce raptus sanguin le sommeil et l'action sédative qu'il exerce sur le système nerveux, on a dû logiquement le proscrire dans toutes les souffrances du cerveau et de ses membranes; c'est là pourtant une idée complétement erronée. Qu'il y ait stase sanguine dans le cerveau ainsi que dans plusieurs autres viscères, lorsque l'opium est donné à dose toxique, nul ne le conteste; mais il n'en est plus de même lorsque l'opium est administré à faible dose. Il n'existe entre les deux cas dont je parle aucune espèce de parité; en l'absence de toute preuve anatomique, la clinique, prouvant l'utilité du médica-

ment, même dans certaines phlegmasies méningées, ne démontre-t-elle pas le peu de fondement des craintes qui sont assez généralement partagées? Cependant, si des doutes existent encore dans quelques esprits sur l'utilité de l'opium contre certains délires aigus, maniaques, nés sous l'influence seule de l'excitation fébrile, presque tout le monde est d'accord sur les avantages de l'opium dans cette forme de délire nerveux qui éclate fréquemment dans le cours de la pneumonie, qui atteint les ivrognes ou des individus qui, sans se griser, boivent néanmoins quotidiennement une quantité trop considérable de liqueurs alcooliques.

Ce délire, qui est caractérisé par une loquacité continue, par la violence des emportements, par l'insomnie complète, doit être considéré comme une forme du *delirium tremens*, et l'on doit lui opposer le traitement qui réussit dans cette dernière maladie, c'est-à-dire qu'il faut administrer tout de suite aux malades les préparations opiacées, qu'on portera rapidement à d'assez hautes doses, sans pourtant dépasser 20 ou 30 centigrammes. Comme il est souvent difficile de faire boire les malades, et dans le but d'avoir plus promptement un effet sédatif, on pourra injecter dans le rectum 20 à 30 gouttes de laudanum de Sydenham dans quelques cuillerées d'eau. Si, trois quarts d'heure ou une heure après, l'effet calmant ne s'est pas encore fait sentir, on administrera une nouvelle dose. Dans les cas où l'agitation et l'indocilité des malades ne permettraient de donner l'opium ni par la bouche ni en lavement, on ne devrait pas hésiter à injecter une solution de morphine dans le tissu cellulaire à l'aide de la seringue Pravaz. Mais il ne suffit pas, dans les cas dont je parle, de donner de l'opium, il faut encore, à quelque période de l'affection qu'on se trouve, permettre aux malades une certaine quantité de vin. Il y a vingt-deux siècles qu'Hippocrate a signalé le danger qu'il y a d'interrompre brusquement une habitude même vicieuse, et l'un des cliniciens les plus judicieux de notre époque, Chomel, a prouvé en particulier combien il était imprudent, dans toutes les maladies aiguës, et en particulier dans les pneumonies qui affectent des sujets adonnés aux excès alcooliques, de cesser tout à fait l'usage de ces boissons (1). On devra donc, à l'exemple de cet éminent médecin, non-seulement donner un ou deux verres de vin lorsque le délire éclate; mais mieux encore, on administrera cette boisson dès le début de l'affection, afin de prévenir l'explosion des accidents cérébraux. On sait, en effet, que le délire ébrieux éclate aussi bien après des excès répétés que

(1) *Nouveau journal de médecine*, t. VII, p. 181.

lorsque, pour une cause quelconque, on a brusquement interrompu l'habitude; c'est même dans cette dernière condition que nous observons le plus communément le délire ébrieux dans nos hôpitaux. Combien de fois, si le délire n'éclate pas brusquement, en ai-je prévenu l'explosion, lorsque déjà existait le tremblement des lèvres et des bras qui me révélait à la fois les habitudes des malades et l'imminence des troubles cérébraux!

Je disais plus haut que l'opium et que le musc étaient les deux seuls médicaments qui m'inspiraient confiance, les seuls du moins qui m'eussent réussi dans les formes de délire que nous avons signalées. Cependant, dans ces derniers temps, un médecin distingué de la marine, M. le docteur Delioux de Savignac, a signalé l'acétate d'ammoniaque à haute dose, c'est-à-dire à 12, 20, 30 et 40 grammes, comme un des meilleurs succédanés du musc, comme un des médicaments les plus utiles pour combattre le délire ataxique (1). Il devrait même être préféré au musc, lorsque l'excitation est vive, tandis que lorsque l'élément adynamique prédomine, c'est le musc qui, seul ou uni au quinquina, devrait être administré. Je n'ai pu encore vérifier les opinions de M. Delioux ; les faits qu'il a publiés à l'appui ne m'ont nullement convaincu. Cependant j'attends l'enseignement de l'expérimentation clinique pour déterminer si l'acétate d'ammoniaque à haute dose exerce réellement sur le système nerveux une action tempérante, une action sédative plus réelle que celle qu'on lui a gratuitement attribuée, sur l'appareil génital.

ARTICLE XI.

TRAITEMENT DES DIFFÉRENTES FORMES DE LA PNEUMONIE.

Le traitement de la pneumonie doit subir des modifications importantes lorsque la maladie revêt quelques-unes des formes que nous avons précédemment étudiées. Les formes bilieuse, typhoïde, intermittente et rémittente, sont celles qui deviennent surtout la source d'indications précises et qu'il importe beaucoup de savoir saisir à propos.

§ 1er. — Traitement des pneumonies bilieuses.

Le traitement des pneumonies bilieuses n'est pas aussi simple qu'on pourrait le supposer, car aucune méthode exclusive ne saurait

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, t. LXV.

leur être applicable ; ici, comme toujours, il faut savoir saisir à propos les indications que chaque cas particulier présente; ces principes ont réglé, de tout temps, la pratique des bons observateurs. Stoll, malgré sa tendance à ne voir partout que des troubles ou des lésions produites par les ravages de la bile, admettait pourtant des cas où la saignée devait être largement employée. M. Bouillaud est peut-être le seul qui ait conseillé une méthode trop exclusive. Ayant voulu rattacher la pneumonie *bilieuse* à la pneumonie *vraie*, franche, normale, il n'a dû faire aucune distinction pour le traitement, et il a par conséquent appliqué aux unes comme aux autres la méthode des saignées coup sur coup qu'il recommande avec une conviction si entière. Je crois inutile de combattre de nouveau de pareilles doctrines; nous avons précédemment fait observer que les faits rapportés par M. Bouillaud dans sa clinique ne peuvent être regardés comme des exemples de cette pneumonie bilieuse telle qu'on la comprend communément, mais seulement comme une phlegmasie pulmonaire compliquée d'ictère ou de quelques troubles gastriques insuffisants pour caractériser à eux seuls l'état bilieux. Par conséquent, les conclusions formulées par M. Bouillaud sur le traitement des pneumonies bilieuses ne sauraient être acceptées par nous, elles sont d'ailleurs en opposition avec ce qu'enseigne la tradition médicale.

Dans l'histoire des pneumonies bilieuses, il faut distinguer avec soin des pneumonies *mixtes* ou *bilieuses inflammatoires;* des pneumonies *bilieuses simples* ou *bilieuses* proprement dites, et des pneumonies *bilieuses malignes* ou *typhoïdes*, car les indications thérapeutiques que chacune d'elles présente varient, et il est important de les saisir dès le début.

Les pneumonies *bilieuses inflammatoires* réclament tout de suite l'emploi des émissions sanguines générales et quelquefois locales; c'est là la première indication à remplir. Dans cette forme, le pouls est fort, la chaleur élevée, l'appareil fébrile est intense. Ici, les phénomènes inflammatoires prédominent; les troubles du côté des organes digestifs ne sont qu'accessoires, parfois même ils sont purement sympathiques, et ne réclament aucun traitement spécial.

La mesure dans laquelle les évacuations sanguines seront faites devra varier, non-seulement d'après l'âge des sujets, d'après leur constitution, d'après l'intensité du mouvement fébrile, d'après l'étendue de la pneumonie, etc., mais aussi d'après l'influence que le traitement antiphlogistique exercera sur les symptômes bilieux eux-mêmes. J'ai vu, en effet, chez un malade, qu'au fur et à mesure qu'on répétait la saignée, non-seulement les symptômes thoraciques

étaient enrayés dans leur marche, mais j'observais, en outre, une diminution notable dans les phénomènes bilieux. Ce fait, déjà signalé par Stoll, doit faire supposer que les troubles des organes digestifs et de l'appareil biliaire peuvent être purement sympathiques de l'état fébrile : en pareil cas on peut s'abstenir d'administrer les évacuants ; les purgatifs seuls seraient employés, dans le but seulement d'opérer une action révulsive. Chez cinq autres malades qui étaient affectés, dès le début, d'un appareil fébrile à peu près aussi intense que chez les premiers, les évacuations sanguines furent pourtant moins bien supportées ; le pouls s'affaissa rapidement après la première ou après la deuxième saignée, et si, dans deux cas, les symptômes inflammatoires parurent enrayés, chez tous, cependant, les troubles digestifs persistèrent au même degré, ils s'accrurent même chez plusieurs. Il était, dès lors, évident qu'une indication nouvelle se présentait ; si l'on était assez heureux pour la saisir, si l'on administrait au malade 1^{gr},50 d'ipécacuanha, ou mieux encore un éméto-cathartique, on trouvait, dès le lendemain de cette médication, le pouls diminué de fréquence, la peau douce au toucher et revenue presque à sa température normale ; l'auscultation et la percussion faisaient aussi reconnaître qu'un travail de résolution avait commencé dans la poitrine. Chez deux malades l'amélioration fut même si marquée, l'état de bien-être si grand, que la convalescence commença presque immédiatement.

Il est bien important de saisir à propos l'opportunité de la médication évacuante, et de ne pas la retarder dès que l'indication est précise. J'ai vu, chez une femme de cinquante et un ans affectée d'une pneumonie bilieuse de médiocre intensité, une saignée de 400 grammes et une application de vingt sangsues procurer un amendement notable : la fièvre avait un peu diminué, quoique l'expectoration et les phénomènes stéthoscopiques n'indiquassent aucune diminution dans l'engorgement pulmonaire ; les signes d'embarras gastrique et intestinal étaient restés les mêmes pendant trois jours ; l'état de la malade était stationnaire ; un laxatif, qui fut administré et qui provoqua neuf selles assez abondantes, n'apporta aucune modification bien importante dans l'état général et dans l'état local. Ce fut alors seulement qu'un éméto-cathartique fut administré ; l'amélioration fut alors tellement prompte et en même temps si complète, que, dès le lendemain, le pouls était tombé de 100 à 64, la respiration de 32 à 20, la chaleur était douce, les crachats entièrement blancs, mais encore un peu visqueux ; le souffle avait cessé ; il était remplacé par une crépitation peu abondante et par un commencement d'expansion vésiculaire ; enfin, les

forces qui étaient anéanties la veille étaient revenues, la malade avait presque l'aspect de la santé. Je lui prescrivis du bouillon le matin; et le soir son appétit fut tellement impérieux, que la religieuse se décida à lui donner un potage qui fut parfaitement digéré.

On voit, dans ce fait, que le vomitif fut le complément nécessaire du traitement déjà employé. La maladie se serait peut-être prolongée assez longtemps encore, si l'on avait tardé davantage à saisir l'indication d'évacuer à la fois l'estomac et l'intestin. Le seul inconvénient qui résulta de l'emploi tardif de l'éméto-cathartique, fut une prolongation dans le malaise, et l'état stationnaire de la maladie. Si la pneumonie eût été plus grave, si le sujet eût été affaibli ou d'une mauvaise constitution, ou s'il se fût trouvé sous l'influence de certaines constitutions médicales, peut-être aurions-nous observé le développement de symptômes typhoïdes. Les auteurs, Stoll et J. Frank en particulier, ont vu nombre de fois les pneumonies bilieuses se transformer en pneumonies typhoïdes, lorsqu'on ne saisissait pas à propos l'indication évacuante, ou lorsqu'on abusait des émissions sanguines.

Toutes les fois que dans le cours d'une pneumonie bilieuse il y a indication de tirer du sang, il faut le faire avec prudence; il est préférable de pratiquer successivement plusieurs petites saignées plutôt que d'en faire une seule un peu copieuse; car dans ce dernier cas on peut produire un état de collapsus toujours fâcheux. L'opportunité de l'emploi d'un éméto-cathartique sera déterminé par l'état du pouls. Lorsque celui-ci est dur, ample, résistant, il faut pratiquer une ou plusieurs saignées préalables, car si l'on commençait le traitement par l'administration de l'émétique, on verrait presque infailliblement les symptômes inflammatoires prendre plus d'intensité, sans obtenir aucune amélioration dans les phénomènes gastriques. Le fait suivant le prouve.

« Un maçon, âgé de vingt ans, entra à l'hôpital au quatrième jour d'une pneumonie bilieuse inflammatoire. Sans tenir compte de la chaleur vive de la peau, de l'état du pouls qui battait 108 fois par minute, et qui était assez fort et assez résistant, on administra 15 centigrammes d'émétique, qui provoquèrent des vomissements copieux mais aucune selle. Le lendemain, le malaise était plus grand, et la chaleur plus élevée, le pouls donnait 120 battements, le point de côté était augmenté, la respiration bronchique était plus rude et occupait un plus grand espace, les symptômes gastriques étaient seulement un peu amendés. Une saignée fut prescrite aussitôt, on la renouvela le soir et le lendemain matin; ce traitement eut pour résultat de faire tomber le pouls à

108 pulsations, de faire cesser la douleur de côté et de circonscrire la pneumonie. Mais les symptômes d'embarras gastrique et intestinal persistant à peu près au même degré qu'au premier jour, un éméto-cathartique fut encore administré, et dès le lendemain le souffle était mêlé à de la crépitation, le pouls était descendu à 84; enfin deux jours après, le malade digérait des potages, et le troisième jour on put lui accorder des aliments solides. »

Je pense avec beaucoup d'auteurs, et avec J. Frank en particulier (1), qu'il y a fort peu de pneumonies bilieuses, surtout sporadiques, dans le traitement desquelles les saignées générales et locales soient formellement contre-indiquées, surtout dès le début. Cependant il y a une forme de pneumonie bilieuse qui réclame avant tout l'emploi des évacuants, toute autre médication devant être inutile ou même nuisible. Lorsqu'en effet, avec des symptômes très-évidents d'embarras gastrique et intestinal, le pouls est mou et dépressible, lorsqu'il y a prostration des forces, lorsque l'accablement est grand, il faut se hâter de donner l'émétique. Si, contrairement à ce précepte, on s'obstinait à vouloir tirer du sang, on verrait probablement se déclarer des symptômes typhoïdes plus ou moins graves. Mais après avoir rempli l'indication évacuante qui est ici la chose capitale, si l'on voyait le pouls acquérir de la force et de l'ampleur, on pourrait alors retirer du sang avec quelque avantage. J'ai observé, en 1840, deux malades qui étaient des exemples de la forme de pneumonie bilieuse dont je parle; quoiqu'ils fussent jeunes et d'une constitution assez forte, je n'hésitai pas pourtant à donner un éméto-cathartique, c'était la seule indication positive qui ressortait de l'examen symptomatique. Le succès le plus prompt justifia le traitement, car, dès le lendemain, l'état général et l'état local des sujets s'étaient encore considérablement amendés; deux jours après, la convalescence était assurée. C'est ce que prouve l'observation suivante, que je crois utile de rapporter avec détails.

« Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, à Paris depuis trois ans et demi, a toujours joui d'une bonne santé, il n'est pas sujet aux rhumes, il n'a jamais eu d'hémoptysie, mais il est issu d'une mère qui a probablement succombé à la phthisie pulmonaire; il est soumis à des conditions hygiéniques favorables et fait rarement des excès. Dans la journée du 11 février, ce malade ayant le corps en sueur, s'exposa à l'air froid des rues, néanmoins il n'éprouva aucun malaise, il ne toussa point, et resta pendant vingt-quatre heures en

(1) *Praxeos*, vol. II, pars secunda, p. 394.

apparence bien portant. Ce fut le 12, dans la soirée, qu'il fut pris brusquement et sans cause, d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine avec un malaise et un brisement général; quelque temps après, il eut un frisson violent avec claquements de dents qui dura une heure, la toux commença dans le courant de la nuit, et il éprouva quelques nausées. Le 12, il se leva et essaya de travailler et de manger une soupe, mais les accidents continuèrent de s'accroître; dans la journée, il expectora des crachats jaunes et rouges; le 13 février, il entra à l'hôpital; je le vis le lendemain 14. Il est d'une constitution médiocrement forte; le facies n'offre aucune expression particulière, les pommettes et les joues sont un peu colorées et également des deux côtés, il existe une céphalalgie frontale de médiocre intensité, le sommeil des nuits dernières a été pénible et souvent interrompu. La langue est couverte d'un enduit blanc jaunâtre, la soif est vive; la bouche, amère, exhale une odeur nauséeuse, il y a des envies de vomir, le malade a eu plusieurs vomissements de matières jaunes, amères, rendues en petite quantité, et qui l'ont soulagé; il y a de temps en temps des renvois acides et quelques éructations; constipation, ventre indolent et souple, sentiment de tension à l'épigastre; crachats peu abondants, rendus facilement, ils sont blancs et visqueux pour la plupart, deux sont d'un jaune abricot. Le malade accuse une douleur qui occupe tout le côté gauche de la poitrine, du rebord costal à l'épaule; elle est plus forte dans la région mammaire, elle n'augmente ni par la pression ni par les mouvements qui restent libres; les battements du cœur sont intacts. La respiration est pure à droite, ainsi qu'à gauche en avant. Quoique la percussion fasse entendre un son également clair des deux côtés, et que l'élasticité soit parfaite en tous points, le bruit respiratoire est notablement affaibli à la face antérieure du côté gauche ainsi que sur toute la partie latérale; en arrière le son est mat dans les deux tiers inférieurs. Dans le cinquième inférieur, il y a absence de tout bruit pendant la respiration, tandis que lorsque le malade parle, on entend de l'égophonie; au-dessus de ce point jusqu'à l'épine de l'omoplate il existe du souffle à l'inspiration et à l'expiration, et de la crépitation un peu humide et grosse, pendant la toux; la crépitation est très-abondante au niveau de l'épine de l'omoplate; dans la fosse sus-épineuse, la sonorité est moins marquée et l'élasticité moindre qu'à droite, le bruit respiratoire y est très-faible. Il y a 40 respirations par minute; le pouls est faible, dépressible et très-petit, il donne à la minute 128 battements réguliers; la chaleur est vive, sèche, mais sans âcreté, il y a de l'accablement et un sentiment de grande fai-

blesse; l'urine est rougeâtre et un peu trouble. On prescrit 15 centigrammes d'émétique, qui procurent cinq vomissements bilieux et un nombre égal de selles sans coliques. Dans la nuit, le malade dort, pendant plusieurs heures, d'un sommeil calme. Le 15, il y a 20 respirations; le pouls donne 80 pulsations plus amples que la veille; la chaleur est douce, le malade n'a pas sué; les crachats sont entièrement blancs, mousseux à leur surface, et peu visqueux, la douleur de côté est presque nulle; la matité qui existait en arrière a beaucoup diminué. L'égophonie, la respiration bronchique et la crépitation n'existent plus, et sont remplacées par un défaut presque complet d'expansion pulmonaire. La langue est blanche, la soif modérée, la bouche encore un peu amère; il n'y a plus de nausées, l'appétit est nul; les urines, rougeâtres et troubles, précipitent abondamment par l'acide nitrique, et le précipité se redissout par la chaleur. Le malade est gai, il se sent beaucoup plus fort qu'hier. (Bouillon.) Le 16, il y a 20 respirations et 60 pulsations, le malade s'est un peu levé, l'appétit est revenu, la bouche n'est plus amère, il y a quelques crachats muqueux, le son est un peu obscur dans le tiers inférieur seulement, le bruit respiratoire, nul dans ce point, est affaibli dans tout le côté gauche, l'urine ne donne pas de précipité. (Potages.) Le 17, la respiration est revenue à son état normal à gauche, excepté dans le quart inférieur et postérieur. (Un quart d'aliments.) Le 19, le malade éprouve depuis ce matin une douleur en dehors du mamelon, se propageant à la base de la poitrine en arrière, augmentant par l'inspiration; la percussion est moins sonore à ce niveau; le bruit respiratoire est plus faible, et l'on entend en outre un bruit de frottement rude à l'inspiration et à l'expiration, qui n'a cessé que le 22. Lors de la sortie de l'hôpital, qui eut lieu le 23, la toux avait cessé, il n'y avait pas d'oppression, le son était encore un peu obscur dans le quart inférieur et postérieur, le bruit respiratoire était un peu plus faible dans ce point; il n'y avait pas de retentissement; le malade a presque toutes ses forces et a l'intention de reprendre ses occupations dès le lendemain. »

Des faits semblables au précédent sont assez rares dans ce climat, cependant il peut arriver que, sous l'influence d'une constitution médicale particulière, les pneumonies qui règnent pendant un certain temps s'accompagnent de symptômes bilieux et d'une grande prostration des forces: c'est ce qui semble avoir été souvent observé par les médecins du XVIIIe siècle. Les pneumonies et les pleurésies qui furent traitées à l'Hôtel-Dieu de Rouen, pendant l'année 1824, paraissent également se rattacher à la forme bilieuse

dont je parle. Le docteur Hellis (1), qui en a publié une relation intéressante, dit en effet que, chez le plus grand nombre des sujets, il y avait un point de côté, des crachats sanglants, une chaleur âcre ou humide, une langue sale, saburrale, une bouche amère, un pouls petit, mou et fréquent. L'émétique administré chez le plus grand nombre, diminuait l'oppression, dilatait le pouls et faisait disparaître le sang des crachats ; souvent même le point de côté cessait après les effets produits par l'émétique ; toutefois, dans un certain nombre de cas, on combattit ce symptôme par la saignée locale. Lorsque le remède évacuant était retardé, on voyait souvent apparaître des symptômes alarmants, tels que le délire, la prostration des forces, une anxiété et une oppression extrêmes. En suivant sa méthode, M. Hellis n'a perdu que cinq malades sur quarante-sept qui furent reçus à l'hôpital. Les évacuants au début et au déclin de la maladie, les révulsifs à l'extérieur, les expectorants et de légers toniques à l'intérieur ; enfin des sangsues promptement et sobrement appliquées, lorsqu'un point paraissait être le siége d'une congestion active, tel fut l'ensemble des moyens qui réussirent pendant la constitution médicale qui régna à Rouen en 1824. La mollesse du pouls, la chute des forces, les signes d'adynamie qui existaient, peuvent faire pressentir de quel effet eût été la saignée, même locale, si elle eût été employée avec moins de réserve.

Dans le fait que j'ai rapporté plus haut, on voit un exemple de pneumonie bilieuse bien caractérisée et qui a cédé rapidement à l'administration opportune d'un émétique. Dans ce cas, on a suivi l'indication prédominante, sans s'occuper, pour ainsi dire, de la maladie principale ; c'est ainsi qu'on devra agir dans les circonstances analogues. Beaucoup de personnes se seraient crues obligées de commencer le traitement par faire une ou deux saignées générales et locales, mais le pouls n'indiquait pas l'urgence d'une évacuation sanguine ; et si on l'eût pratiquée, on eût presque nécessairement aggravé la maladie, ou produit peut-être le développement d'un état typhoïde qui aurait augmenté, si l'on eût persisté dans les mêmes errements. Le fait suivant justifiera en partie les opinions que je viens d'émettre.

« Un maçon, âgé de vingt-trois ans, n'ayant jamais fait de maladie grave, est sujet à tousser tous les hivers ; mais ses rhumes ne s'accompagnent jamais ni d'amaigrissement, ni de fièvre ; il n'a point eu d'hémoptysie et n'est pas habituellement essoufflé ; il n'y a pas

(1) *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. Paris, 1826, p. 67.

encore eu de tuberculeux dans sa famille; il est soumis à des conditions hygiéniques convenables. Le 13 avril 1839, ayant bu de l'eau froide, pendant qu'il était en sueur, il ressent, deux heures après, des frissons irréguliers; le soir, il mangea peu et se coucha peu après, éprouvant du malaise et de la céphalalgie. La nuit fut paisible, il dormit. Le 14, il se leva pour aller à son travail, mais le malaise augmentant, il fut forcé de quitter son atelier à deux heures, éprouvant depuis quelques moments une douleur assez vive à la base du thorax à droite, et vers le flanc correspondant. Les frissons étaient continuels, la fièvre était intense; il avait une toux sans expectoration, des envies de vomir continuelles, puis survinrent quelques vomissements bilieux qui soulagèrent; la bouche était amère, la soif vive, les forces furent immédiatement prostrées, le malade dut s'aliter. Dans les journées des 14 et 15, on lui pratiqua deux saignées et quatorze sangsues furent appliquées sur le point douloureux, sans aucun soulagement; les souffrances furent même plus accusées. Les envies de vomir persistaient; les vomissements devinrent plus fréquents, plus difficiles et plus douloureux; il existait des renvois acides et des hoquets; le point de côté augmenta; des crachats sanguinolents furent rendus après la seconde saignée. Dès lors la faiblesse fut telle, que le malade ne pouvait se tenir sur ses jambes, il éprouva une syncope, lorsqu'on le leva de son lit pour le conduire à l'hôpital où on l'apporta en brancard, dans la soirée du 15, je le vis le lendemain, 16, et voici ce que je constatai. Il est maigre et d'une constitution délicate, il est couché sur le dos, sa figure est pâle, abattue; il y a un peu de stupeur, les pommettes sont légèrement et également colorées, le teint est jaunâtre, cette couleur est aussi marquée sur les sclérotiques; douleur à la base de la poitrine à droite, augmentant par la percussion. En avant, rien de morbide du côté du cœur; respiration pure des deux côtés; mais le murmure vésiculaire est un peu plus faible à droite qu'à gauche; la sonorité et l'élasticité sont normales en arrière, à gauche; il en est de même pour le côté droit, excepté dans sa moitié supérieure. Là, en effet, le son est mat, l'élasticité est nulle; dans la fosse sus-épineuse, le bruit respiratoire est très-faible, l'expiration est prolongée, sans souffle; dans la fosse sous-épineuse, et vers sa moitié externe, on entend une crépitation nombreuse, fine, sèche, et une respiration soufflante ayant son maximum d'intensité à l'expiration; à ce niveau, la broncophonie est très-retentissante. Au-dessous de ce point, on ne distingue plus que de la crépitation mêlée à un peu de râle sibilant disséminé inégalement. Le malade a rendu une demi-douzaine de crachats

visqueux, aérés, d'une couleur jaune abricot ; il y a peu de toux, l'expectoration est facile, le malade respire 36 fois par minute, il y a 112 pulsations ; le pouls offre une certaine ampleur ; il est parfois dicrote, mais il est mou et extrêmement dépressible, la chaleur est vive et sèche, la bouche amère, il y a des envies continuelles de vomir, la langue est aride, jaunâtre, l'haleine est fétide, nauséeuse, les dents sont un peu encroûtées à leur collet, la soif est vive, il y a endolorissement vers les deux hypochondres ; la matité du foie qui ne déborde pas le rebord costal, remonte jusqu'à la sixième côte ; la rate est petite, le ventre souple, sans douleur, sans gargouillements ; pas de selles depuis deux jours. Céphalalgie frontale médiocre, insomnie presque complète, rêvasseries lorsque le malade s'assoupit, étourdissements, marche chancelante, faiblesse très-grande ; urine rougeâtre, acide, ayant son odeur ordinaire, et ne précipitant pas par l'acide nitrique. (15 centig. d'émét. et 16 grammes de sulfate de soude à prendre dans trois verres d'eau.) Le 17, le malade a vomi au moins un litre d'une matière verte très-amère ; il a eu trois selles sans coliques, suivies de soulagement ; il a pu dormir quelques heures ; le pouls est descendu à 92, le nombre des respirations à 28 ; les crachats sont un peu moins colorés, la douleur de côté est encore incommode, elle n'a pas diminué ; les phénomènes d'auscultation ne se sont pas étendus, le souffle a beaucoup diminué d'intensité, la crépitation est plus nombreuse, plus humide et plus grosse ; le ventre est souple, un peu endolori, la bouche moins amère ; les envies de vomir ont cessé, les mouvements du malade dans le lit sont plus faciles, il semble moins faible ; urine rougeâtre, léger nuage en y versant de l'acide. (2 ventouses scarifiées, 1 bouteille d'eau de Sedlitz.) Le 18, le malade a eu hier huit selles liquides, la bouche n'est plus amère, la soif est nulle, le ventre souple, l'appétit se fait sentir ; pouls à 70, 24 respirations ; douleur de côté moindre : elle s'est déplacée, et existe vers la région lombaire. La respiration est égale en avant des deux côtés ; en arrière, la crépitation est rare, l'expansion pulmonaire commence à se faire, mêlée à du râle sibilant, la bronchophonie a cessé, la matité est beaucoup diminuée. Le teint est pâle, la couleur jaunâtre a cessé ; nulle céphalalgie, sommeil paisible sans rêves ; les forces sont revenues, le malade a pu se lever pour aller au bassin. Urine jaunâtre sans trouble, ne précipite pas par l'acide. (Bouillon.) Je ne vois pas le malade les deux jours suivants. Le 21, il est convalescent, le pouls bat 64 ; peau sans chaleur, peu de toux, crachats muqueux et rares ; dans les points occupés par la pneumonie, on entend le bruit respiratoire plus faible, mais pur et sans râle ; l'ex-

piration est un peu prolongée sans timbre soufflant, la voix n'y retentit pas. Langue nette, humide; appétit; depuis hier, le malade mange le quart; sommeil bon; il s'est levé et a pu se promener dans la salle, soutenu par un de ses camarades; les forces reviennent lentement. Le malade sort le 5 mai; il est encore pâle et faible, il est même incapable de reprendre ses travaux; il mange les trois quarts depuis six jours. Dans la fosse sus-épineuse et dans la moitié externe de la fosse sous-épineuse, le bruit respiratoire est encore un peu plus faible, partout ailleurs tout est à l'état normal. »

On vient de voir ici l'exemple d'une pneumonie qui ne semblait pas occuper le poumon dans une grande étendue, et qui s'accompagna cependant d'un état général assez grave. Deux ordres de symptômes ont prédominé dès le début de la maladie : d'abord des phénomènes gastriques et bilieux et une grande faiblesse, accidents qui ont beaucoup augmenté par suite du traitement antiphlogistique qui fut suivi. On a vu que lorsque le malade fut apporté à l'hôpital, il présentait un ensemble de phénomènes typhoïdes, à tel point que le médecin auquel il fut confié crut à l'existence d'une fièvre grave, et prescrivit en conséquence le traitement évacuant. Cette méprise fut probablement très-heureuse pour notre malade, car l'éméto-cathartique produisit un soulagement manifeste, mais incomparablement moins complet que celui que nous avons noté chez le premier malade ; il fallut chez le dernier insister davantage sur le traitement évacuant. Que serait-il arrivé, si, au lieu de la médication qui fut adoptée à l'hôpital, on eût insisté sur les saignées? A en juger par les effets que celles-ci avaient déjà produits, il est rationnel de supposer qu'elles auraient augmenté l'état typhoïde. Il eût été plus convenable, chez ce malade, de s'abstenir tout à fait de saigner, ou du moins il eût été prudent de tirer du sang avec plus de ménagement, en tout cas, on aurait dû commencer, avant tout, par prescrire un éméto-cathartique, puisque l'indication évacuante était celle qui prédominait; c'est probablement pour n'avoir pas saisi à propos l'opportunité de la médication, que nous avons vu la convalescence traîner en longueur. On trouvera une nouvelle preuve de ce que je dis ici dans le fait que je vais rapporter.

« Montel, maçon, âgé de vingt ans, à Paris depuis onze mois, est d'une constitution grêle et si chétive, qu'il paraît avoir à peine seize ans. Depuis sa plus tendre enfance il est sujet à de fréquents malaises; il éprouve une ou deux fois par mois de la perte d'appétit, du dévoiement, un peu de fièvre, accidents qui cèdent après deux

ou trois jours de repos. Il n'est pas sujet aux rhumes et n'a jamais eu d'hémoptysie; il ne fait aucun excès et se nourrit convenablement. Je n'ai pu saisir aucune cause évidente pour expliquer le développement de la maladie actuelle qui a débuté dans la nuit du 8 au 9 janvier 1839; cependant, dans la journée du 8, il a été placé dans des conditions où un refroidissement aurait pu avoir lieu, le malade toutefois n'en a pas eu conscience. Couché le soir bien portant, il se réveille au milieu de la nuit éprouvant un malaise général, avec une céphalalgie vive et de la fièvre; il n'a pas de frissons. Le lendemain il ne peut travailler et a un peu de dévoiement; il commence aussi à tousser et à rejeter quelques crachats sanguinolents dans la journée du 9. Une douleur médiocre se déclare deux jours après à la base du côté droit de la poitrine. Depuis le début, il n'y a jamais eu d'épistaxis ni de vomissements, mais des nausées continuelles; le malade a complétement perdu l'appétit, le sommeil et les forces. Il s'est fait apporter le 11 à l'hôpital; je l'ai vu pour la première fois le 12 au matin. Il est couché sur le dos, mais il peut se mettre facilement sur l'un ou l'autre côté; sa figure porte l'empreinte d'une stupeur marquée; les joues sont colorées; elles sont d'un rouge vineux, plus intense sur la pommette droite. Il y a une céphalalgie frontale très-vive, accompagnée d'étourdissements et de bourdonnements d'oreille. Le pouls bat 96 fois; il est peu développé et mou. La peau est chaude et sèche; la langue est jaunâtre, humide à ses bords, aride à sa pointe; la soif est vive, la bouche mauvaise, amère; haleine fétide, envies de vomir continuelles, renvois acides, ventre sans météorisme et un peú douloureux à l'ombilic; le malade a deux selles liquides et jaunâtres par jour. La rate n'est pas volumineuse; il n'y a ni taches rosées ni sudamina. L'urine est jaunâtre; elle a son odeur et son acidité naturelles; elle ne donne aucun précipité par l'acide nitrique. Il y a une douleur médiocrement violente au milieu du cinquième espace intercostal à droite, augmentant par la pression, et qui s'irradie jusque vers le rebord costal en bas, et antérieurement jusqu'au voisinage du mamelon. Quarante respirations, toux peu fréquente, expectoration facile, crachats visqueux, peu aérés, d'une couleur abricot clair. En avant, la sonorité du thorax est normale; le bruit respiratoire, généralement faible, est mêlé à un peu de râle sibilant et ronflant; les battements du cœur sont normaux. En arrière et à gauche, la respiration est pure; à droite, dans la moitié supérieure, la sonorité est moins parfaite, l'élasticité est diminuée; crépitation fine, sèche, nombreuse; souffle surtout à l'expiration; le retentissement de la voix

est médiocre. Dans l'aisselle, la respiration est rude et un peu sèche. La faiblesse est très-grande ; le malade ne peut se porter sur ses jambes sans être soutenu par des aides. Depuis qu'il est malade, il est privé de sommeil, et, dès qu'il s'assoupit, il est tourmenté par des rêves ; on lui a fait, hier soir, une petite saignée de 128 grammes qui ne l'a pas soulagé ; le sang offre une petite couenne irrégulière, le caillot est peu consistant. Aujourd'hui, on prescrit quatre ventouses sur la poitrine, un éméto-cathartique avec émétique 15 centigrammes, et sulfate de soude 16 grammes. Le 13, le facies est naturel, la céphalalgie a presque cessé ; sentiment de bien-être ; le malade se sent moins faible et a dormi paisiblement pendant une grande partie de la nuit. La langue est humide sans enduits, la soif nulle ; il y a eu, hier, un vomissement amer et trois selles sans coliques ; le ventre est plat et indolore ; le pouls, à 96, toujours faible ; la peau est moins chaude, 28 respirations. La douleur de côté a peu diminué ; crachats abondants, un peu diffluents, la plupart grisâtres, il y a quelques petites masses couleur abricot un peu visqueuses, non aérées. Dans l'aisselle, et sur une étendue verticale de 9 centimètres, respiration sèche, mêlée à de la crépitation fine et sèche, l'expiration est soufflante, il y a de la bronchophonie, le son est très-obscur à ce niveau. En arrière, dans les points envahis la veille, la sonorité est moins obscure, le bruit respiratoire est moins faible ; il existe quelques râles sibilants et sonores ; urine comme la veille. (Une bouteille d'eau de Sedlitz.) Le 14, facies naturel ; il y a eu, hier, trois selles sans coliques, langue naturelle, appétit, chaleur douce de la peau sans sueurs ; pouls à 64 ; 20 respirations ; crachats encore visqueux, peu aérés, d'une teinte légèrement rougeâtre. Dans la moitié supérieure et postérieure du côté droit, le bruit respiratoire est plus faible qu'à gauche, le retentissement de la voix y est moins marqué que du côté opposé ; dans l'aisselle, aux inspirations ordinaires, on entend le bruit naturel de la respiration un peu affaibli, mêlé à une crépitation un peu fine et à un bruit de taffetas pendant la toux seulement. L'urine présente un léger nuage, elle ne précipite pas par l'acide, elle a son odeur, son acidité et une couleur jaune citron. (Bouillon, potages.) Le 15, crépitation grosse dans l'aisselle ; en arrière, l'expansion est presque revenue à son état normal, les crachats ont l'aspect d'une solution épaisse de gomme arabique ; le malade a un peu transpiré pendant la nuit ; urine comme la veille. (Quart d'aliments.) Le 16, toute crépitation a cessé, le bruit respiratoire est un peu plus faible ; l'urine, jaune orange, est troublée par l'acide nitrique. Cet état persiste le 17 ; il cesse le 18,

le malade sort le 20. Les points qui ont été envahis par la pneumonie sont revenus à leur état normal, la respiration est pure et égale des deux côtés, la poitrine est également sonore partout; le malade ne tousse plus, l'appétit est bon, les forces sont revenues en grande partie. Montel pense être en état de travailler d'ici à peu de jours. »

Ce fait offre beaucoup d'analogie avec celui qui le précède; on voit, dans les deux cas, une pneumonie peu grave, s'accompagnant, dès le début, de symptômes bilieux et adynamiques. Au premier sujet, ne tenant aucun compte de ces accidents, on fit subir trois pertes de sang qui aggravèrent beaucoup l'état général, tandis que la convalescence se déclara rapidement après avoir satisfait à l'indication évacuante ; mais le retard qu'on avait mis à la remplir eut pour effet de rendre beaucoup moins prompt le retour des forces. Chez le dernier malade, au contraire, auquel on ne fit, à proprement parler, qu'une saignée exploratrice, et chez lequel on s'empressa de combattre les symptômes bilieux, nous vîmes la convalescence se déclarer de bonne heure, la résolution de l'engorgement pulmonaire se fit avec rapidité, et les forces se rétablirent promptement.

En résumé, on vient de se convaincre, par tout ce qui précède, que dans les pneumonies bilieuses il y a dans la maladie un élément nouveau qu'il faut combattre : l'état des fonctions digestives indique certainement l'emploi d'une médication évacuante ; cependant il importe de dire que, pour satisfaire à l'indication nouvelle, tous les moments ne sont pas également opportuns ; l'administration de l'éméto-cathartique devra être toujours subordonnée à l'état général du sujet. Lorsqu'on verra qu'une pneumonie s'accompagne de tout l'appareil symptomatique des fièvres inflammatoires, lorsque le pouls sera large, dur, quelque marqués que soient les signes d'embarras gastrique, il ne faut point s'en occuper, tandis que c'est uniquement contre l'appareil fébrile que doivent être dirigés d'abord tous nos moyens thérapeutiques, c'est-à-dire que, dans le cas que je suppose ici, il faut commencer le traitement par pratiquer une ou plusieurs saignées générales, comme on le ferait si la pneumonie était exempte de toute complication ; car il arrive quelquefois, comme je l'ai déjà dit, que les antiphlogistiques diminuent les symptômes bilieux ; ceux-ci peuvent ensuite cesser spontanément. Lorsqu'ils persistent après que le pouls a perdu de sa force et de sa fréquence, on peut alors recourir utilement à l'emploi d'un éméto-cathartique.

On voit donc que, dans le traitement des pneumonies bilieuses,

je conseille, comme règle de conduite, de combattre les symptômes prédominants. D'ailleurs, dans la pneumonie bilieuse, pour être autorisé à commencer le traitement par l'emploi des émissions sanguines, il ne suffit pas que le malade *puisse soutenir la saignée*, il faut encore que la saignée *soit reconnue nécessaire*. Au contraire, lorsque l'état bilieux prédomine, lorsque le pouls est petit, faible, dépressible, comme j'en ai rapporté plusieurs exemples, il convient, dans ce cas, de donner tout de suite un éméto-cathartique, sauf à recourir plus tard aux émissions sanguines, si les caractères du pouls venaient à le réclamer.

Ce que je dis me paraît être généralement vrai pour les pneumonies bilieuses sporadiques ; mais on conçoit que la règle de conduite pourrait être différente dans certaines constitutions médicales, ou dans le cours de quelques épidémies. C'est ainsi que Stoll avait remarqué que pendant la constitution de l'année 1776, il était généralement nuisible de commencer le traitement par une évacuation sanguine, même lorsque la force du pouls semblait l'indiquer; ce sont là des faits qu'il est impossible de prévoir ni de calculer à l'avance.

§ 2. — Traitement des pneumonies typhoïdes.

Le traitement des pneumonies typhoïdes est l'un des plus difficiles ; non-seulement il n'y a aucune méthode qui soit applicable à tous les cas, mais encore chez le même malade, on est souvent obligé de varier la médication, suivant la période à laquelle la maladie est parvenue, et suivant les symptômes qui prédominent. C'est ainsi que les antiphlogistiques, les évacuants, les antispasmodiques et les toniques peuvent être employés successivement chez le même malade. Le choix des moyens thérapeutiques sera déterminé d'après les indications positives que fournit l'état général ; c'est ce que je vais m'efforcer de déterminer.

L'état typhoïde peut coexister avec l'appareil symptomatique de la fièvre inflammatoire, c'est-à-dire que la stupeur, la prostration des forces, l'accablement, l'insomnie, les vertiges, l'état fuligineux des dents et de la langue, existent quelquefois chez un sujet vigoureux dont le pouls est large, dur, vibrant. Dans ce cas, l'indication de tirer du sang est positive ; cependant je dois faire observer qu'il ne faut pas en général appliquer tout d'abord le traitement antiphlogistique avec la même énergie que dans les cas où les symptômes inflammatoires existent seuls, car il arrive souvent, surtout en temps d'épidémie, que les malades tombent rapidement dans

un état de collapsus très-grave ; mais il n'est pas rare aussi de voir, sous l'influence seule des antiphlogistiques et des contre-stimulants, diminuer ou cesser l'état typhoïde. D'autres fois, après avoir débuté avec l'appareil symptomatique des fièvres inflammatoires les plus franches, on voit survenir consécutivement des accidents typhoïdes qui exigent surtout certaines modifications dans la thérapeutique, c'est ce que va prouver l'observation suivante.

« Bourel, couvreur, âgé de quarante ans, est d'une santé habituellement bonne. Il y a un an, il a eu une pneumonie droite qui a guéri après deux saignées générales et un séjour de vingt jours à l'hôpital. Depuis le commencement de l'hiver, il tousse et crache sans avoir maigri ; il se nourrit bien, ne fait pas d'excès, mais depuis un mois il éprouve quelques chagrins. Il s'est alité le 13 avril 1838, éprouvant depuis cinq ou six jours du malaise et de la faiblesse ; il a continué à travailler avec peine, et il a perdu l'appétit ; enfin le 18, sans cause appréciable, son malaise a augmenté, il a éprouvé un frisson, un point de côté à droite, de la fièvre et a rendu aussitôt des crachats jaunes. Pendant les deux jours qu'il est resté chez lui, il n'a suivi aucun traitement ; il n'a pas bu de vin chaud ; il est entré le 21 à l'hôpital. Cet homme est assez fortement constitué, son facies est rouge, animé, le pouls bat 108, il est ample, assez dur, la chaleur est vive, il y a 36 respirations ; la toux est fréquente, elle provoque l'expulsion de crachats séreux, aérés, jaunâtres, semblables à une solution de gomme arabique ; douleur de côté à droite, à 9 centimètres en dehors du mamelon, s'irradiant jusqu'à la base, augmentant un peu par la pression et par les mouvements du tronc. Il n'y a aucun bruit morbide dans tout le côté gauche, ni en avant à droite, dans la région sus-mammaire, mais en dessous du mamelon le son est obscur ; le bruit respiratoire faible, est mêlé à une crépitation fine et sèche ; sur toute la partie latérale, depuis le fond de l'aisselle jusqu'à la base, la respiration est sèche, rude, et mêlée à de la crépitation fine avec une expiration soufflante ; en arrière, ces mêmes phénomènes existent dans la moitié inférieure. Langue blanche, humide, soif, bouche sans saveur mauvaise, ventre souple, pas de selles, pas de céphalalgie ; décubitus dorsal ; forces encore conservées, car le malade a pu venir seul à l'hôpital. (Saignée de quatre palettes, et trente sangsues sur le côté.) Le caillot est fortement couenneux et dense.

» Le 22, les crachats présentent le même aspect ; le pouls est à 108, il est ample, mais il résiste peu ; 44 respirations, chaleur vive ; même état qu'hier, si ce n'est que la crépitation a complétement cessé en arrière, et qu'elle a été remplacée par du souffle bronchique existant à

l'expiration comme à l'inspiration ; la bronchophonie est très-retentissante; le malade se sent très-faible (saignée de 312 grammes), sang couenneux comme hier. Le soir, du souffle existe depuis l'aisselle jusqu'à la base; la crépitation a gagné postérieurement jusqu'à l'épine de l'omoplate; pouls 104, très-mou, battements du cœur très-faibles, chaleur médiocre, accablement. (Pot. avec émét., 4 décigram.). Le 23, il n'y a eu aucun effet primitif; 32 respirations, 96 pulsations, le pouls est toujours mou, chaleur vive, la peau moins sèche, crachats très-visqueux, aérés, mais jaunâtres; le point de côté a beaucoup diminué. Au-dessous du mamelon, il n'existe que de la crépitation rare; latéralement, et en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, il y a un souffle bronchique très-rude, mêlé partout à de la crépitation fine. (4 décigrammes d'émétique, vésicatoire de 18 centimètres.)

» Le 24, même crépitation, point de côté presque nul, les phénomènes d'auscultation sont les mêmes qu'hier; 40 respirations, pouls mou donnant 96 pulsations; insomnie, faiblesse très-grande; le malade ayant voulu se lever est tombé, la tolérance continue. (Même potion.) Le 25, mêmes crachats, état stationnaire des phénomènes d'auscultation; 96 pulsations, 36 respirations; un vomissement, huit selles, dont plusieurs ont eu lieu involontairement dans le lit; le malade a déliré cette nuit; ce matin, il répond exactement, le facies est un peu altéré, le point de côté a cessé; décubitus dorsal, expression d'un grand accablement; le vésicatoire est presque sec. (Même potion.) Les 26 et 27, 36 respirations; pouls à 96, très-mou et dépressible; chaleur vive, sèche, délirium continuel; cependant le malade répond exactement à ce qu'on lui demande; céphalalgie frontale, langue sèche, tolérance complète; même état de l'auscultation, sous la clavicule droite et dans l'étendue de quatre travers de doigt, crépitation humide et grosse. (Même prescription.)

» Le 27, le facies est pâle, altéré, les yeux abattus, chassieux; le malade divague, il parle sans cesse, ses propos sont incohérents, il ne répond pas quand on l'interroge; il montre sa langue quand on la lui demande; elle est sèche, luisante; la soif est vive, il a bu six pots; ventre souple, deux selles involontaires; quelques soubresauts des tendons, prostration, apparence d'une grande faiblesse; le malade ne s'aide pas quand on le met sur son séant; crachats filants, visqueux, d'un gris sale, difficilement rendus; même état de l'auscultation. (La dose de l'émétique est portée à 8 décigrammes; 2 vésicatoires aux cuisses.) Le 29, l'état général est plus grave qu'hier; le malade est habituellement assoupi, les lèvres, les

dents, la langue sont fuligineuses, la vessie est distendue par l'urine ; je suis obligé de le sonder. Le pouls, à 108, est excessivement petit et dépressible, mais régulier; la face est d'une pâleur livide, il y a des soubresauts, la chaleur est âcre. On prescrit une potion gommeuse avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina; on continue la potion stibiée, mais on recommande d'alterner avec celle qui contient le quinquina et de mettre entre l'une et l'autre un intervalle d'une heure au moins. Dès le soir, le malade est moins assoupi, il répond en partie à quelques-unes de mes questions; on lui donne 96 grammes de vin de Bordeaux. Le 1er mai, il y a eu quatre à cinq selles, liquides, involontaires; la vessie n'est plus distendue, la langue est toujours sèche, noire, dure, fendillée à sa surface, les dents et les lèvres sont encroûtées; pouls à 100, dépressible, mêmes soubresauts; le malade répond à quelques questions, il parle moins, même hébétude, même prostration; l'auscultation faite rapidement ne laisse plus entendre de bruit morbide, si ce n'est quelques rhonchus sonores, disséminés; la matité persiste. On supprime la potion stibiée, et l'on prescrit 4 grammes d'extrait de kina, à prendre dans la journée avec quelques cuillerées de bouillon; le soir 4 autres grammes de kina sont prescrits avec 96 grammes de vin de Bordeaux. Les 2 et 3, l'état cesse de s'aggraver, il reste stationnaire; on continue le même traitement. Le 4, le facies est beaucoup moins altéré, la nuit a été paisible, le malade a dormi tranquillement; le matin, il répond exactement à toutes les questions et n'a aucun souvenir de ce qui a eu lieu depuis quatre à cinq jours; la langue est simplement collante à la pointe; ventre souple, trois selles et urines toujours involontaires, il n'y a plus de soubresauts, la prostration est moins grande; chaleur vive, sèche; pouls à 100; crachats opaques; dans tous les points occupés par la pneumonie, on n'entend aucun bruit naturel ou morbide. (Même prescription et bouillon.) Peu de changement jusqu'au 9; à cette époque, les selles cessent d'être involontaires, la langue est humide; pas de soif, l'appétit renaît; pouls à 80, petit, mais moins dépressible; mouvements assez libres; les symptômes cérébraux ont tout à fait cessé. (Même potion; un petit potage.) Le 12, pouls à 72, facies naturel, chaleur douce, halitueuse, pas de selles, urines volontaires, appétit. Le 13, on donne le demi-quart; le 14, le malade commence à se lever; il est très-faible, et a besoin d'un bras pour l'aider à marcher; dans tous les points que la pneumonie a occupés, le son est obscur, il y a absence de respiration, parfois on entend çà et là quelques bulles de crépitation humide et grosse, et un peu de râle sibilant, la voix ne retentit

pas ; les forces reviennent lentement. Le malade ne quitte l'hôpital que le 6 juin : la convalescence n'a été entravée par aucun accident, la maigreur qui avait été considérable a presque cessé ; le malade se sent assez fort pour pouvoir travailler ; il tousse encore un peu, rejette quelques crachats opaques. L'expansion pulmonaire est parfaite dans tous les points de la poitrine, excepté dans le quart inférieur et postérieur droit, où le bruit respiratoire est encore faible, et mêlé à quelques bulles de râle sous-crépitant ; la sonorité y est aussi moins parfaite que du côté opposé. »

On vient de voir, dans l'observation précédente, des accidents typhoïdes graves succéder à un état inflammatoire auquel on avait opposé, dès le début, un traitement antiphlogistique, ce fut lorsque l'impuissance de celui-ci fut bien démontrée, qu'on essaya les contre-stimulants avec tout aussi peu de succès. Les symptômes typhoïdes devinrent de plus en plus alarmants, et menacèrent d'emporter le malade ; la faiblesse en effet était extrême, les fonctions cérébrales étaient perverties ; il fallut alors oublier, pour le moment, la nature et le siége de l'affection première, pour ne songer qu'à remplir l'indication vitale, c'est-à-dire s'occuper de ranimer au plus tôt le principe de la vie qui était sur le point de s'éteindre : le vin, le quinquina, qu'on administra, remplirent complétement le but qu'on s'était proposé. Ce fait indique la règle de conduite à suivre. En pareille circonstance, il ne faut pas hésiter à donner du vin à assez haute dose et les préparations de quinquina. Ces médicaments ont souvent rappelé à la vie des pneumoniques dont l'état semblait désespéré. C'est ce dont on peut se convaincre en consultant la pratique des auteurs anciens ; je dois dire, pourtant, que ces médecins abusaient peut-être des toniques, et que, trompés par une fausse adynamie, ils administraient le vin et le kina dans des cas où ils auraient dû peut-être saigner assez largement. Mais on a vu que, sous l'influence de certaines constitutions médicales ou dans le cours de quelques épidémies, toutes les pneumonies s'aggravent après les émissions sanguines, et qu'elles exigent presque dès leur début l'emploi d'un traitement tonique ; c'est ce que Laennec a souvent observé pendant l'épidémie de 1814 ; on en trouvera surtout de nombreux exemples dans l'ancien *Journal de médecine*. Ce fait s'est reproduit fréquemment aussi en Allemagne, à la fin du dernier siècle, et c'est peut-être à cette constitution médicale que le système de Brown a dû une partie de sa vogue dans ce pays.

Touchons-nous actuellement à une constitution semblable? Je n'ose l'affirmer encore ; cependant il est incontestable que les pneu-

monies ne présentent plus aujourd'hui les mêmes caractères qu'autrefois, et que la médication tonique est indiquée plus souvent et plus tôt qu'on ne le voyait il y a quelques années.

Dans les hospices de vieillards, on a eu de tout temps de fréquentes occasions de reconnaître l'heureuse influence des toniques pour combattre les symptômes adynamiques qui compliquent si souvent les pneumonies des personnes âgées. Hourmann et M. Dechambre ont judicieusement fait observer qu'il est souvent utile chez les vieillards d'employer, concurremment avec les émissions sanguines, les toniques légers et même quelques stimulants diffusibles, tels que les vins les plus alcooliques qui soutiennent les forces, sans nuire aux effets des saignées auxquelles ils permettent ainsi de revenir (1). Observons que si l'emploi simultané des émissions sanguines et des toniques est parfois commandé, il faut reconnaître pourtant que cette double indication est rare ; dans les cas où elle semble le mieux établie on doit procéder avec la plus grande réserve, surtout eu égard aux déplétions sanguines dont les effets peuvent être si aisément irréparables.

Pour combattre l'état adynamique, je n'ai parlé que du vin et du quinquina ; ce sont, en effet, les substances sur lesquelles il faut le plus se fier ; cependant on pourra donner aussi, dans le même but, l'acétate d'ammoniaque, les cordiaux aromatiques, comme la mélisse, l'angélique, la cannelle, etc.

Dans le fait que j'ai rapporté en dernier lieu, on a vu des symptômes ataxiques graves (délire, soubresauts des tendons) coexister avec l'état adynamique ; cependant on n'a dirigé contre eux aucune médication spéciale, pour ne s'occuper que de l'adynamie qui était prédominante ; c'est, en effet, de cette manière qu'il convient d'agir dans les cas semblables. Toutes les fois que l'ataxie coexiste avec des symptômes adynamiques, très-accusés et prédominants, il faut avant tout administrer les toniques. Ceux-ci suffisent souvent pour rétablir l'harmonie dans les fonctions nerveuses, sans qu'il soit besoin de recourir simultanément à des sédatifs spéciaux. Dans les cas beaucoup plus rares où l'état ataxique existe avec des symptômes franchement inflammatoires, les saignées générales et locales pourront être indiquées. Toutefois les troubles du système nerveux seront pris en sérieuse considération, et porteront à n'user des moyens débilitants qu'avec la plus grande circonspection, car il est d'observation que les accidents véritablement ataxiques sont bien plus souvent aggravés qu'ils ne sont amendés par les émissions

(1) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. XII, p. 189.

sanguines. Enfin, lorsque l'ataxie prédomine et que les autres symptômes concomitants ne se rapportent franchement ni à un état adynamique, ni à un état inflammatoire bien prononcé, il faut alors agir directement sur les troubles cérébraux et tenter l'emploi du musc à haute dose, en suivant les règles que j'ai déjà tracées. Ce n'est pas à dire que le musc ne convienne que dans ce dernier cas, il est en effet fort utile aussi, lorsque l'ataxie est moins prédominante, lorsque, liée à un état complexe, elle semble n'apparaître que sur le second plan, lorsqu'elle est en quelque sorte dominée ou primée par d'autres accidents, par une vive réaction, et plus souvent encore par une dépression extrême des forces.

J'ai rapporté précédemment deux observations de pneumonies bilieuses, qui s'accompagnaient en même temps d'un état typhoïde commençant, lequel s'était aggravé une fois sous l'influence de saignées immodérées. Lorsque des faits pareils se présentent dans la pratique, l'état gastrique ou bilieux révèle quel est le caractère du mal et le mode de traitement qu'il faut adopter. Dans ce cas, en effet, l'état adynamique n'est souvent qu'accessoire ; il est sous la dépendance de l'état bilieux, il se dissipe par les moyens qu'on dirige contre celui-ci ; s'il persiste, il est peut-être alors plus facilement attaquable par les toniques.

§ 3. — Traitement des pneumonies catarrhales.

Le traitement de la broncho-pneumonie est difficile ; les moyens dont nous disposons n'ont pas cette puissance, cette efficacité qu'ils ont si souvent, et quelquefois si rapidement dans la pneumonie légitime.

La saignée peut être utile, surtout au début, lorsque la réaction est vive et le pouls fort ; elle est contre-indiquée dans les conditions opposées ; et dans les cas même où elle semble le mieux recommandée, il ne faut pas en être prodigue, on ne doit l'employer qu'en tâtonnant ; c'est ainsi que, au lieu de tirer 500 grammes de sang, mieux vaut n'en extraire que 250, sauf à recommencer le jour même si la première évacuation a été bien tolérée et si elle est jugée insuffisante.

Les contre-stimulants sont généralement prescrits, mais ils sont moins puissants alors que dans la phlegmasie légitime. Ici, l'élément catarrhal dominant presque toujours, existant à peu près seul au début, l'émétique convient ; ce médicament est surtout utile à titre d'évacuant, tandis que son action contre-stimulante, son action sédative sur le système nerveux et sur la circulation est moins

avantageuse, elle pourrait même nuire si elle était excessive ; au contraire il est toujours opportun de provoquer une révulsion ou une fluxion sur toute l'étendue du tube digestif. Il est plus utile encore d'exciter les vomissements, car, dans la convulsion énergique des muscles qui l'effectuent, les poumons, comprimés de toutes parts, se débarrassent des mucosités qui engouent les bronches ainsi que d'une partie des fluides infiltrés dans leur tissu, et puis, enfin, l'action diaphorétique que ces efforts provoquent n'est pas sans utilité et aide aussi notablement à la résolution de la maladie.

Les révulsifs, et particulièrement les larges vésicatoires, ont été assez unanimement conseillés ; ils sont en effet utiles ; ils constituent pour moi un moyen presque aussi avantageux que les vomitifs eux-mêmes ; ils peuvent d'ailleurs être répétés, et ils conviennent à toutes les périodes de la maladie.

Dans la pneumonie catarrhale il y a encore un élément important à combattre, c'est l'adynamie ; je renvoie à ce que j'ai dit plus haut, en traitant des pneumonies typhoïdes.

Le traitement est le même chez le vieillard, chez l'adulte et chez l'enfant ; mais, quel que soit l'âge des individus, il faut surtout, aux deux extrêmes de la vie, surveiller attentivement le décubitus, car, nous l'avons dit maintes fois, chez les malades dont nous parlons les congestions passives se font aisément, et dans les poumons plus rapidement encore que partout ailleurs.

§ 4. — Traitement des pneumonies intermittentes et rémittentes.

Dans les cas où la pneumonie affecte une forme franchement intermittente, le sulfate de quinine doit être administré tout de suite et à très-haute dose, comme 2 et même 3 grammes ; il faut le donner aussitôt qu'on a reconnu le caractère pernicieux de l'affection, ne pas attendre l'apyrexie, car celle-ci peut être courte, l'accès peut même être subintrant ; en un mot, on se conduira ici comme on le fait dans toute fièvre intermittente pernicieuse, quels que soient son type et sa forme (1).

Si la fièvre est plutôt rémittente, si, par suite de la reproduction des paroxysmes le poumon est le siége d'une altération déjà profonde, convient-il de diriger tout d'abord contre elle un traitement antiphlogistique, avant de songer à l'emploi des antipériodiques ? Si l'on consulte quelle était sur ce point la conduite des médecins

(1) *Traité de pathologie interne*, 9e édit., t. I, p. 171, in-8.

les plus célèbres du dernier siècle, on voit que la plupart conseillaient de faire des saignées plus ou moins copieuses, avant l'administration du quinquina. Ainsi, Strack (1), Morton (2), Sénac (3), Lautter (4), Jean-Pierre Frank (5), faisaient généralement à leurs malades une ou deux saignées du bras, avant de leur donner le quinquina. J. Frank croit qu'en agissant de la sorte l'écorce du Pérou agit plus sûrement contre la maladie (6); Michel Sarcone (7) a aussi prétendu que l'unique salut des malades était placé dans les amples saignées faites dans la vigueur du paroxysme, afin de disposer l'économie à recevoir sans trouble le remède antipériodique. Les médecins modernes ont généralement adopté cette pratique. Dans l'épidémie du canton d'Aubin, on a employé, dès le début, une ou plusieurs évacuations sanguines, le plus souvent modérées, car les malades supportaient mal les saignées copieuses (8).

Une pareille conduite me semble irrationnelle; l'élément intermittent est, en effet le caractère essentiel de la maladie, c'est lui qui domine tout, par conséquent l'administration du fébrifuge est l'indication première à remplir. On ne doit pas oublier que la lésion pulmonaire est l'effet de l'intoxication palustre et qu'elle est communément en rapport avec le nombre et avec la durée des accès fébriles ou des paroxysmes; c'est à les faire cesser, à les éloigner ou à les rendre moins longs, que doivent tendre tout d'abord les efforts du médecin. Il faut donc administrer tout de suite, même pendant la durée de l'accès, le sulfate de quinine, on le donnera à la fois par la bouche et en lavements. Je crois que si les auteurs avaient administré le sulfate de quinine plus hardiment qu'ils ne l'ont fait, s'ils n'avaient pas été à une certaine époque trop préoccupés des souffrances de l'estomac, leurs succès auraient été plus prompts et plus nombreux.

Il y a des cas pourtant dans lesquels, tout en combattant l'état général, on doit en outre opposer à la manifestation locale des moyens directs. C'est ainsi que lorsque les malades éprouvent une grande oppression pendant les accès, lorsque la douleur de côté

(1) *Obs. med. de febr. int.* Ticini, 1792.

(2) *Oper. med.*, vol. I, cap. XI, p. 95, hist. XXI.

(3) *De recondita febrium intermitt. et remitt. natura*, cap. XIII, p. 395, Genève, 1769.

(4) *Hist. med. morb.*, p. 196.

(5) *Interp. clin. obs.* Tubingue, 1812.

(6) *Praxeos medicæ*, vol. II, pars secunda, p. 396.

(7) *Maladies de Naples*, t. I, p. 208.

(8) Thèse de 1832, n° 94.

est vive et que la réaction fébrile est portée à un très-haut degré d'intensité, il est utile de recourir à la phlébotomie ou bien à une émission sanguine locale. Laennec a donné le même conseil ; il reconnaît, que si le médecin est appelé au milieu d'un accès, il peut être nécessaire de tirer du sang, afin d'éviter une suffocation imminente, mais il faut prendre garde de dépasser le but et d'abattre en pure perte les forces du malade. On ne doit pas perdre de vue, dit Laennec, que la saignée ne peut guérir une maladie dont la cause reprendra, malgré elle, une activité nouvelle au bout de quelques heures, et que l'expérience a décidé depuis longtemps que le quinquina est le seul remède efficace contre cette affection (1). Redisons encore, en terminant, que toute pneumonie qui surviendra dans le cours ou à la suite d'une fièvre intermittente, ne devra pas être traitée nécessairement par le sulfate de quinine, comme je l'ai entendu dire ; mais il faut rechercher si la pneumonie n'est qu'une complication, ou si au contraire elle est intimement unie à l'affection première, de manière à en constituer un des éléments. Dans le premier cas, on traitera la pneumonie suivant les règles que nous tracerons bientôt en parlant des pneumonies secondaires ; dans le deuxième cas, on aura immédiatement recours aux antipériodiques associés ou non aux émissions sanguines.

§ 5. — Traitement des pneumonies rhumatismales.

Dans les cas très-rares où la pneumonie semble être une des manifestations de la diathèse rhumatismale, le traitement ne me paraît pas devoir subir des modifications bien grandes : les saignées, l'émétique à haute dose et les vésicatoires seront encore ici, comme ils le sont dans la pneumonie légitime, les moyens principaux à opposer au mal. Mais, vu la grande mobilité de la lésion locale, celle-ci étant sujette d'un jour à l'autre à de grandes alternatives, l'inflammation paraissant être en quelque sorte plus superficielle, ne dépassant pas souvent la période congestive, il n'est pas nécessaire d'insister autant sur les émissions sanguines ; le tartre stibié est peut-être plus généralement avantageux, comme il l'est d'ailleurs dans ces pneumonies catarrhales avec lesquelles les pneumonies rhumatismales semblent avoir plus d'un point de contact. C'est cette médication que j'ai vue le mieux et le plus promptement réussir chez la malade dont j'ai rapporté l'histoire dans une autre partie de ce livre.

(1) *Auscultation*, t. I, p. 596.

§ 6. — Traitement des pneumonies traumatiques.

Les pneumonies consécutives à une contusion et même à une plaie simple des poumons, exigent, avant tout, l'emploi des émissions sanguines. Ce que nous avons dit plus haut de la bénignité habituelle des pneumonies traumatiques ne devra pas être oublié, afin de ne pas dépasser les bornes de la prudence et de ne pas soumettre sans nécessité les malades à une médication si énergique qu'elle a été souvent exténuante ; c'est un conseil à adresser surtout à nos confrères chirurgiens. Il est à peine utile de faire remarquer que si le corps vulnérant est resté dans la plaie, il peut en résulter une indication nouvelle. Le corps étranger pouvant s'échapper à la faveur d'un abcès à travers un point de la paroi thoracique, on devra surveiller attentivement le malade pour donner issue à la suppuration aussitôt que la fluctuation sera distinctement perçue.

ARTICLE XII.

TRAITEMENT DES PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS ET DES RECHUTES.

Je n'ai point à m'occuper des phénomènes consécutifs qui sont communs à toutes les maladies aiguës graves, telles que l'œdème des extrémités, la débilité d'une fonction isolée ou de tout l'organisme. Je ne dois parler ici que de ce qui est spécial à la maladie dont je traite.

Nous avons remarqué précédemment qu'il n'était pas rare de voir la douleur de côté persister opiniâtrément pendant la convalescence, ou bien se réveiller assez vive lorsque les malades avaient déjà quitté l'hôpital. Cette douleur, qui est presque toujours l'effet non de la pneumonie, mais de la pleurésie concomitante, se dissipe lorsque les fausses membranes s'allongent et deviennent celluleuses. Pour calmer ces souffrances, on a conseillé les emplâtres opiacés, l'huile de jusquiame, etc., moyens impuissants dans le plus grand nombre des cas; mieux vaut appliquer un vésicatoire, dont on entretiendra la suppuration pendant plusieurs jours, et qu'on pourra panser avec 1 ou 2 centigrammes d'un sel de morphine.

J'ai vu quelques médecins être très-préoccupés des phénomènes d'auscultation dont j'ai parlé, page 304, qui indiquent une résolution incomplète et qui peuvent persister longtemps après la gué-

rison apparente de la maladie. Pour hâter le moment où le poumon aura repris toute sa perméabilité, on a souvent promené des vésicatoires volants sur la poitrine; j'ai vu même recourir à des exutoires plus énergiques, à des cautères par exemple; mais ces moyens m'ont paru tout à fait inutiles. Lorsque l'appétit et les forces reviennent, lorsque la toux cesse et que les individus reprennent les apparences de la santé, il ne faut point se préoccuper d'un peu de faiblesse du bruit respiratoire, ou d'une expiration prolongée, ou de quelques bulles de râle sous-crépitant, ou bien encore d'un léger retentissement de la voix, persistant dans les points du poumon que la pneumonie avait envahis. Les révulsifs répétés que j'ai employés en pareil cas ne m'ont paru avoir aucun effet évident pour rendre au poumon sa perméabilité; il faut laisser au temps et à une bonne hygiène le soin de faire disparaître ces reliquats de la maladie.

Lorsque le malade éprouve une rechute, il faut revenir à un traitement plus ou moins actif; on donnera généralement la préférence à celui qui a réussi une première fois; mais il faut se rappeler que le plus souvent on ne peut pas employer le traitement débilitant avec la même énergie que pour la première attaque. Chez un tiers environ des individus qui ont éprouvé une rechute, il a suffi de prescrire la diète, l'usage des boissons pectorales et un laxatif doux, pour voir cesser en peu de jours les accidents inflammatoires; il sera prudent d'agir ainsi toutes les fois que les symptômes ne présenteront aucune gravité, et lorsque surtout l'appareil fébrile sera peu considérable.

ARTICLE XIII.

TRAITEMENT DES PNEUMONIES CONSÉCUTIVES.

Le traitement des pneumonies consécutives est l'un des points les plus difficiles de la médecine pratique. Si l'on se rappelle les maladies diverses que la pneumonie vient compliquer, les conditions humorales et dynamiques dans lesquelles se trouvent les individus qu'elle affecte, on concevra combien la conduite du médecin est difficile à tracer. Dans ces cas, en effet, où des indications opposées se présentent si souvent, le médecin a besoin d'un tact très-exercé pour pouvoir apprécier la valeur relative de chacune d'elles, pour déterminer quelles sont celles qui sont le plus urgentes, afin d'y obéir dans de justes limites, de manière que les moyens thérapeutiques qu'on emploie soient utiles à l'un des

états morbides sans nuire beaucoup aux autres, ou du moins pour que les inconvénients qu'ils peuvent avoir sous un rapport, soient compensés de l'autre par des avantages beaucoup plus grands. En voyant toutes ces difficultés, dont on ne peut d'ailleurs se faire une juste idée qu'après les avoir éprouvées soi-même, le lecteur comprendra que je ne puisse espérer lui tracer des règles un peu précises pour la conduite à tenir dans les cas dont je parle.

Je n'ai point à m'occuper ici de ces pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies bénignes ; je ne dirai rien non plus de celles qui affectent des individus déjà atteints d'une maladie aiguë franchement inflammatoire, et dont les forces ne sont point encore prostrées; car dans le premier cas la pneumonie diffère à peine de celles qui sont primitives, et dans le second, le même traitement combattra avec un égal succès la maladie première et la pneumonie. On devra seulement insister peut-être davantage sur les antiphlogistiques, en ayant égard toutefois à toutes les circonstances que j'ai indiquées précédemment comme devant modifier le traitement des pneumonies. Je ne dois m'occuper dans cet article que de ces pneumonies consécutives, les seules d'ailleurs que j'ai étudiées dans cet ouvrage, et qui, survenant dans un état déjà grave de l'économie, doivent modifier le traitement, comme nous les avons vues précédemment modifier la symptomatologie et le pronostic.

Dans les pneumonies consécutives dont je parle ici, rappelons-nous qu'il existe généralement deux conditions plus ou moins prédominantes, savoir : dans beaucoup de cas, une altération profonde dans la composition des liquides; dans d'autres, une atteinte à la vitalité, au principe dynamique, à cette force occulte, mais si manifeste par ses effets, qui seule résiste aux agents destructeurs qui nous assiégent de toutes parts. Nous savons que lorsqu'une phlegmasie grave des poumons survient dans ces circonstances, elle a pour résultat constant d'aggraver l'état préexistant, et, comme effet ordinaire, le développement des symptômes adynamiques et ataxiques qui, comme nous le savons déjà, exigent une thérapeutique spéciale. Ce sont ces accidents nouveaux qu'il faut prévoir, ou que du moins on devra prendre garde d'aggraver par un traitement intempestif.

C'est dans ce but qu'il convient d'employer avec plus de réserve et de circonspection les moyens débilitants, et surtout les émissions sanguines. Le simple bon sens, à défaut de connaissances pratiques, nous dit, en effet, que nous ne devrons pas saigner de la même manière un individu vigoureux et un sujet épuisé par une ma-

ladie déjà ancienne; c'est là une de ces vérités presque banales n'ayant pas besoin de démonstration.

Quelle que soit l'affection première que la pneumonie vient compliquer, je ne défends pas d'une manière absolue une médication active; mais je veux que l'énergie avec laquelle celle-ci sera employée soit en rapport, non-seulement avec l'état actuel des forces et avec la nature de la maladie première, mais encore avec la durée que cette dernière doit avoir; car il ne faudrait pas, sous prétexte de guérir la pneumonie, employer un traitement si énergique, que vous enlèveriez ensuite à l'organisme trop affaibli la possibilité de conduire à bonne fin l'affection préexistante.

Parmi les moyens thérapeutiques qu'on peut opposer avec plus ou moins de succès aux pneumonies, il faut choisir ceux qui affaiblissent le moins et qui soulagent le plus vite. A ce double titre on peut dire, d'une manière générale, que les préparations antimoniales seront plus appropriées à la maladie que les saignées générales. Mais, remarquez bien que je ne proscris pas tout à fait la saignée; je prétends, seulement, en restreindre l'usage à quelques cas particuliers, et je veux, avant tout, qu'on ne l'emploie jamais qu'avec la plus grande modération. Entrons, à ce sujet, dans quelques détails.

Supposons qu'une pneumonie affecte un individu atteint déjà de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, etc.; si la phlegmasie intercurrente survient dans la première période des maladies que je viens de nommer, avant que les forces aient été prostrées, si le pouls offre de la résistance et un certain volume, on peut, sans hésiter, recourir à la saignée générale ou locale, mais il faut prendre garde, ici, de s'en laisser imposer par l'appareil inflammatoire, et de trop insister sur le traitement antiphlogistique, car il arrive fréquemment que, du jour au lendemain, l'adynamie succède à l'état inflammatoire; c'est ce que j'ai vu, entre autres, sur deux rubéoleux chez lesquels une saignée de 500 grammes fut suivie d'un état de collapsus dont les malades ne purent se relever. La prudence exige donc qu'on ne fasse que des saignées modérées, c'est-à-dire de 50 à 300 grammes, et qu'on n'en pratique de nouvelles qu'autant que la première aura été bien tolérée. Dès que le pouls aura perdu sa dureté, il faudra recourir sans délai à l'emploi de la méthode contre-stimulante. Mais dans les cas où, dès le début de la pneumonie, le pouls est petit et faible, lorsque les symptômes d'adynamie sont déjà marqués, il me paraît imprudent d'employer les émissions sanguines, même locales; six individus atteints de fièvre typhoïde, que j'ai vu saigner dans ces conditions, ont tous

succombé rapidement, et la perte de sang a eu certainement pour résultat chez eux d'accélérer le terme fatal. Ce que je viens de dire est applicable à toutes les pneumonies consécutives; cependant, pour être moins incomplet, je vais rechercher si le traitement ne présente pas quelque chose de spécial, suivant la nature de la maladie que la pneumonie est venue compliquer.

Lorsqu'une pneumonie survient à une période avancée d'une fièvre typhoïde, les praticiens se trouvent toujours dans le plus grand embarras; ils sont en face d'un état général qui réclame une médication tonique, et d'une affection locale à laquelle ils croient ne pouvoir opposer que les antiphlogistiques et les débilitants. Dans ces cas, la plupart se croient presque obligés de saigner, et ne mettraient-ils qu'une ventouse ou deux sangsues, du moment qu'ils ont tiré quelques *grammes* de sang, ils semblent avoir rempli un devoir, et leur conscience est tranquille. Telle n'est pas ma pensée; voici plutôt comment, à mon avis, on doit se conduire. Si la pneumonie est survenue à une période avancée de l'affection typhoïde, si la prostration est grande, s'il existe des symptômes ataxiques, si le pouls est fréquent, petit, dépressible, il faut faire abstraction en quelque sorte de la lésion locale et se préoccuper surtout de l'état général ; les toniques, le musc à haute dose seront recommandés, mais on ne négligera pas pourtant la lésion locale à laquelle on opposera surtout des révulsifs, tels que vésicatoires volants sur la poitrine, ventouses sèches appliquées en grand nombre sur les membres inférieurs. Lorsqu'au lieu d'affecter des sujets déjà épuisés, la pneumonie survient à une période moins avancée, lorsque le pouls offre de la résistance, on est autorisé à verser du sang; mais la phlébotomie est bien rarement nécessaire, peut-être serait-elle plus souvent funeste qu'utile dans des circonstances où les pertes de sang doivent être ménagées; il est prudent de choisir les ventouses scarifiées à l'aide desquelles on peut exactement mesurer la quantité de sang qu'on fait perdre. Ne devrait-on pas, dans ce cas, préférer les antimoniaux? On a dit souvent que les lésions intestinales, qui sont le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, devaient les faire proscrire; c'était l'opinion de C. P. Forget (1). Cette crainte me paraît être tout à fait chimérique; les avantages qu'on retire quotidiennement des évacuants dans le traitement des fièvres graves prouvent, d'ailleurs, que ces agents ne sont pas capables de produire les accidents qu'on leur a attribués, on doit avouer seulement qu'administrés dans les conditions

(1) *Traité de l'entérite folliculeuse.* Paris, 1841, p. 838.

dont je parle, l'émétique à haute dose a bien rarement l'influence heureuse que nous lui avons reconnue dans le traitement des pneumonies primitives.

Ce que je viens de dire du traitement des pneumonies consecutives aux maladies aiguës, s'applique aussi à celles qui se déclarent dans le cours des affections chroniques. Il faut encore ici être presque toujours sobre de saignées, souvent même il faut s'en abstenir tout à fait, pour recourir aux révulsifs ainsi qu'à l'emploi des contre-stimulants. C'est ce qu'il convient de faire généralement dans les pneumonies qui surviennent chez les déments paralytiques, dans les pneumonies consécutives à la maladie de Bright ; les cinq malades que j'ai vu traiter par la saignée et par les vésicatoires sont morts. J'administrai à un autre l'émétique à haute dose, sans saignées préalables ; la maladie s'est également terminée d'une manière funeste ; toutefois, dans ce cas, je ne vis pas se développer au même degré les symptômes typhoïdes et ataxiques que je notai chez les autres ; la mort fut moins rapide, et il y eut momentanément une amélioration qui m'avait d'abord donné quelque espoir. M. Rayer, si bon juge en pareille matière, dit aussi que des émissions sanguines ne sont guère utiles, et que, dans les cas dont je parle, on ne peut espérer que dans l'emploi des antimoniaux (1).

Quant aux pneumonies qui affectent les sujets tuberculeux, je ne dirai rien de celle qui survient à la période ultime, car la complication est souvent méconnue ; si on la constate parfois, on ne fait guère qu'un traitement insignifiant. Il n'en est pas de même des pneumonies survenant chez des phthisiques n'ayant pas encore dépassé le premier ou le deuxième degré. Sur dix malades dont j'ai analysé les observations, cinq furent traités par les antiphlogistiques et par les révulsifs ; tandis que chez les autres on employa simultanément quelques petites émissions sanguines et les préparations antimoniales qui furent suivies d'un soulagement rapide. Chez ces derniers, la convalescence fut plus prompte, elle commença trois jours plus tôt que chez les malades du premier groupe ; leurs forces se rétablirent aussi beaucoup plus vite, bien que la maladie eût été plus grave chez eux. Dans le traitement des pneumonies des phthisiques, nous devons rappeler encore que lorsque les intestins participent à l'affection tuberculeuse, ce qu'on doit soupçonner, toutes les fois qu'il existe une diarrhée rebelle, il est prudent de ne pas donner l'émétique. Il en serait,

(1) *Traité des maladies des reins.* Paris, 1840, t. II, p. 293.

bien entendu, de même dans les pneumonies survenant dans le cours de ces dysenteries ou de ces entérites chroniques, si communes dans les pays chauds. En administrant ce médicament, malgré la contre-indication dont je parle, on a souvent provoqué des accidents cholériformes auxquels les malades ont succombé. Peut-être pourrait-on substituer à l'émétique l'ipécacuanha donné comme il a été dit plus haut, page 668, parce que ce précieux médicament peut être utile contre la pneumonie et qu'il est souverain contre la dysenterie. On ne doit pas pourtant hésiter à préférer l'émétique lorsque rien encore n'indique une lésion grave du côté des organes digestifs.

Le traitement des pneumonies qui surviennent dans le cours des maladies organiques du cœur diffère à peine de celui usité contre les pneumonies primitives, c'est ce que j'ai eu occasion d'observer sur six individus; toutefois je ne prétends parler ici que des cas dans lesquels la maladie du cœur n'est pas encore très-avancée, car lorsque les sujets sont infiltrés, ascitiques, très-essoufflés, nous avons vu que tout traitement devenait à peu près inutile, ils succombent presque tous. Je dois pourtant à ce sujet examiner la valeur d'une pratique adoptée par Laennec. On sait que ce grand médecin ne faisait guère qu'une saignée de 250 à 500 grammes avant d'administrer l'émétique; cependant lorsque les malades étaient attaqués de maladies du cœur, il réitérait la saignée (1). Je ne suis pas encore bien convaincu de la nécessité qu'il y aurait à prodiguer plus la saignée dans les cas de maladies organiques du cœur que chez les sujets bien portants; je dois convenir toutefois que de tous les individus atteints de maladies chroniques, ceux qui ont une affection du cœur supportent le mieux les émissions sanguines. Mais il faut prendre garde de dépasser de justes limites et de trop insister sur ce moyen. Le pouls, qui ordinairement nous dirige sur le moment le plus opportun pour administrer l'émétique, pourrait nous induire en erreur dans le cas dont je parle, car il arrive que, dans beaucoup d'hypertrophies du cœur, le pouls conserve de la dureté, de la résistance, même pendant l'agonie; il faut donc, pour déterminer si l'on a retiré une suffisante quantité de sang, avoir moins égard aux qualités du pouls qu'à l'état général du sujet, à ses forces, à l'influence exercée par les premières pertes de sang.

En résumé, on voit que le traitement des pneumonies consécutives repose sur les mêmes principes que celui des pneumonies

(1) Tome II, p. 609.

primitives. Comme pour ces dernières les saignées peuvent être utiles ; mais, instruit de la tendance qu'a la phlegmasie des poumons à se compliquer d'accidents adynamiques, on devra être plus sobre d'émissions sanguines ; il faudra en modérer l'emploi et les remplacer le plus tôt possible par les antimoniaux, si nulle complication ne contre-indique l'usage de ces derniers. Les moyens adjuvants et hygiéniques seront les mêmes que pour les pneumonies primitives.

D'après ce qui précède, on a vu que je ne conseille aucune méthode exclusive, et que le choix du traitement devra être déterminé par l'état des forces, d'après l'état du pouls, ainsi que d'après la nature de la maladie que la pneumonie est venue compliquer. Les saignées sont sans contredit avantageuses dans quelques cas, mais leur utilité m'a paru encore plus restreinte que pour les pneumonies primitives. Les préparations antimoniales ont eu, au contraire, un effet plus rapide et plus certain. Je pense qu'on pourra guérir un plus grand nombre des pneumonies secondaires, lorsqu'on osera appliquer généralement à ces dernières la méthode contre-stimulante, et lorsqu'on ne fera de saignée qu'autant que celle-ci sera formellement exigée. Il faut que l'état du pouls et des forces indique la saignée comme *nécessaire* pour qu'on se décide à la faire ; si la saignée n'est que *possible*, on devra s'en abstenir. Ce que je viens de dire est non-seulement vrai pour l'adulte et pour le vieillard, mais il l'est encore, à plus forte raison, pour les enfants.

En conseillant la méthode contre-stimulante comme préférable dans la généralité des cas de pneumonie secondaire, je n'ai pas prétendu qu'on dût toujours employer les antimoniaux. J'ai déjà dit plus haut que l'émétique devait être proscrit lorsque les voies digestives étaient le siége de lésions que ce médicament pourrait aggraver. On agirait de même chez les individus en état de résolution extrême des forces, et s'il y avait lieu de redouter l'épuisement que pourraient entraîner après elles les évacuations provoquées par l'émétique. En pareil cas, on devrait surveiller l'administration du médicament avec une sollicitude extrême, ou le remplacer par la digitale ou par l'acétate de plomb, qui ont donné quelques résultats avantageux dans le traitement des pneumonies primitives ; mais, quoi qu'on fasse, il ne faut pas s'attendre ici à enregistrer un grand nombre de succès.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de ces pneumonies qui surviennent dans le cours d'une maladie grave, mais curable, ou de celles qui viennent compliquer une affection incurable, mais assez peu avancée pour permettre au malade de vivre encore quelque temps.

Quel traitement opposer à ces pneumonies qui se déclarent dans la dernière période des maladies aiguës et chroniques, lorsque déjà on a perdu tout espoir de conserver les malades, et qui semblent se déclarer ici pour abréger des souffrances qu'on ne peut soulager? Je crois qu'en pareille circonstance on ne doit employer aucun moyen actif, de peur d'accélérer le moment fatal, ni aucun remède douloureux, afin de ne pas ajouter aux angoisses des derniers instants. Dans ces circonstances si pénibles pour nous, où notre art, devenu inutile, ne peut pas même soulager, nous devons nous abstenir, et notre seul devoir consiste à respecter l'agonie des malades; on peut bien alors ordonner des remèdes insignifiants pour calmer le moral du patient, et pour la satisfaction de ceux qui l'entourent; mais il faudra toujours s'abstenir des moyens douloureux, et ne pas se faire l'instrument aveugle de ces amis peu éclairés qui, dans un but louable d'ailleurs, veulent qu'on applique à des moribonds les remèdes les plus violents. Un médecin honnête n'obéit jamais à de pareilles exigences.

ARTICLE XIV.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE CHRONIQUE.

Dans la pneumonie chronique, la thérapeutique ne nous fournit guère que des armes peu efficaces pour lutter contre le travail qui altère si gravement la texture du poumon. Les antiphlogistiques ne peuvent plus rien; il en est de même des antimoniaux à l'aide desquels on peut bien combattre une exacerbation de la maladie, mais ils ne peuvent être continués assez longtemps pour amener la résolution. Les médicaments altérants, les alcalins, les mercuriaux, les iodures peuvent-ils être avantageux? On l'ignore encore; cependant on ne devrait pas hésiter à recourir à ces derniers, n'y eût-il même que le plus léger soupçon que la maladie pût avoir une origine syphilitique.

Tout le monde conseille les exutoires énergiques; mais ici les vésicatoires seraient insuffisants; c'est aux cautères répétés, aux moxas, aux sétons, qu'il faut recourir. Cependant jusqu'à présent ces moyens ont été impuissants comme tous les autres pour amener la résolution lorsque la maladie était vraiment constituée. Les malades seront convenablement alimentés, on réveillera l'usage des fonctions digestives par quelques amers, on combattra la diarrhée dès qu'elle se manifeste, et par quelques sédatifs donnés à propos on provoquera le sommeil s'il n'avait pas lieu spontanément.

ARTICLE XV.

CONCLUSION GÉNÉRALE SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

D'après les nombreux détails dans lesquels je viens d'entrer, le lecteur a pu se convaincre que le traitement de la pneumonie doit varier suivant une foule de circonstances ; qu'il n'y a aucune méthode qui soit indistinctement applicable à tous les cas, et qu'on ne peut déterminer d'avance ni le choix du remède, ni surtout les limites dans lesquelles on doit l'employer. Nous nous sommes convaincu que, quoique l'altération matérielle qui constitue la pneumonie anatomiquement, fût presque toujours identiquement la même, cependant la physionomie extérieure ou symptomatique de la maladie pouvait être très-différente, et devenir secondairement la source d'indications positives auxquelles un médecin habile devait se hâter d'obéir. Nous avons prouvé que quelquefois, surtout sous l'influence de certaines constitutions médicales ou dans les temps d'épidémies, l'homme de l'art devait moins se préoccuper de la nature inflammatoire de la maladie, qui semblerait réclamer l'emploi des antiphlogistiques, que de certains phénomènes sympathiques du côté des organes digestifs, ou du côté du système nerveux. Ceux-ci, en effet, peuvent imprimer à la maladie un cachet particulier, je dirais presque volontiers une autre nature ; ils réclament impérieusement une médication spéciale, et ce n'est qu'en combattant cet élément nouveau, qu'on pourrait croire accessoire, mais qui prédomine alors, qu'on parvient à conduire la maladie vers une heureuse solution. C'est ce que nous avons remarqué en particulier pour les pneumonies bilieuses, ainsi que pour les pneumonies typhoïdes ; preuve nouvelle de la nécessité qu'il y a, en médecine pratique, de ne pas considérer comme identiques, et de traiter toujours par les mêmes moyens, des maladies dans lesquelles les seules altérations visibles sont des lésions semblables au point de vue anatomique. C'est l'état général qui doit être la source des indications principales, et c'est d'après cette considération surtout que peut être déterminée l'opportunité des remèdes.

J'ai exposé dans quelles pneumonies et dans quelles limites on pouvait adopter l'expectation, érigée dans ces derniers temps en méthode presque exclusive ; j'ai étudié la valeur des documents principaux qu'on a produits et qui ont été acceptés un peu légère-

ment, même dans notre pays. Je crois qu'aujourd'hui, comme il y a vingt-cinq ans, la saignée et les préparations antimoniales sont les agents thérapeutiques qui conviennent encore au plus grand nombre des pneumonies que nous observons dans ce pays. Nous avons déterminé les cas où ces moyens n'étaient pas applicables, et ceux où l'un d'eux devait être employé à l'exclusion de l'autre. Mais, en général, nous avons reconnu que les succès les plus nombreux avaient été obtenus lorsqu'on avait su combiner à propos les deux méthodes. Nous avons dit qu'il fallait saigner quelquefois très-largement, afin de faire perdre au pouls sa dureté et sa résistance, et que c'était alors seulement qu'on devait recourir à l'émétique à haute dose. On voit, en définitive, que si nous avons adopté plus spécialement certaines méthodes, nous n'en avons exclu aucune; nous avons saigné peu ou beaucoup, nous avons tiré à quelques malades plus de 4 kilogrammes de sang, tandis que d'autres en ont à peine perdu 187 grammes; chez quelques-uns même nous nous sommes abstenu tout à fait d'émissions sanguines. Nous avons fait observer que les cas qui nécessitent des saignées peu copieuses, ou pour lesquels même ces moyens semblent être contre-indiqués, sont plus nombreux aujourd'hui qu'autrefois; la constitution médicale est moins inflammatoire qu'il y a vingt ans; aussi la thérapeutique des phlegmasies a dû être considérablement modifiée. La quantité d'émétique donnée à nos malades, le temps pendant lequel on a administré ce médicament héroïque, ont non moins varié que les saignées qui furent faites. Enfin, il est des cas dans lesquels nous avons renoncé à la fois aux saignées et aux contre-stimulants pour insister sur les évacuants, sur les antipériodiques, sur les toniques, sur les excitants, lorsque des indications spéciales nous en faisaient un devoir. En un mot, nous avons suivi une méthode rationnelle, c'est-à-dire que nous nous sommes efforcé de modifier le traitement selon la forme et la période de la maladie, et que nous avons fait la part des exigences qui provenaient des conditions individuelles, et de celles qui dépendaient des constitutions médicales.

En suivant les règles que nous avons exposées, nous avons vu que, sur les 304 malades atteints de pneumonie primitive dont les observations ont été analysées dans ce livre et qui avaient en moyenne trente-huit ans, 43 ont succombé; ce qui donne une mortalité un peu moindre d'un septième. Toutefois je dois rappeler que pour apprécier à sa juste valeur l'efficacité du traitement qui fut suivi, il faudrait retrancher du total les 11 malades qui ont guéri par les émollients seuls, et peut-être même les 13 qui

ayant été saignés, n'avaient eu qu'une de ces pneumonies bénignes qui, cédant aisément à toute espèce de médication, ne peuvent par conséquent prouver l'efficacité d'aucune d'elles. Cette défalcation faite élèverait la mortalité à plus d'un septième dans le premier cas, à un sur six et demi dans le second ; résultat qu'il ne faut pas juger uniquement d'après le chiffre brut, mais on doit tenir compte des conditions plus ou moins fâcheuses dans lesquelles se trouvaient nos malades. Si l'on considère, en effet, le grand nombre de pneumonies graves que nous avons eues en partage, le nombre relativement considérable de femmes et d'individus âgés, on reconnaîtra que la proportion des décès n'a pas été excessive.

Je prie le lecteur de remarquer que le chiffre que je viens de donner exprime le résultat obtenu d'après la réunion de tous les faits indistinctement ; mais on sait que beaucoup de nos malades ont été traités d'après des méthodes que je conseille de ne pas suivre du moins habituellement. C'est ainsi que 44 ont pris le tartre stibié sans saignées préalables ; chez 30, on administra l'émétique après avoir épuisé la possibilité de saigner, ce qui est extrêmement désavantageux ; chez 17 on donna l'oxyde blanc d'antimoine dont l'efficacité est fort contestable. Il n'y eut réellement que 80 malades chez lesquels on ait suivi la méthode que je crois la meilleure, celle qu'on peut employer le plus souvent avec avantage ; elle consiste à saigner plus ou moins largement, de manière à faire tomber la dureté et la résistance du pouls, puis à donner l'émétique avant d'avoir épuisé tout à fait la possibilité de saigner. Je veux que l'on combine les saignées générales et les saignées locales, car celles-ci enlèvent plus rapidement que les premières la douleur de côté. Les malades chez lesquels on a suivi ce mode de traitement n'ont donné qu'une mortalité d'un huitième ; résultat très-favorable. C'est donc avec confiance que je conseille cette médication, toutes les fois que les conditions individuelles ou de constitution médicale le permettront. Mais, je le répète encore, il ne saurait y avoir pour la pneumonie de médication exclusive ; j'admets seulement que le traitement par les saignées et par l'émétique est celui qui convient au plus grand nombre des cas. Les règles que j'ai recommandées de suivre ont d'ailleurs reçu depuis mon premier travail une consécration nouvelle. Ayant tenu une note exacte des pneumonies au nombre de 269, que j'ai traitées moi-même, de 1842 à 1850, d'après les principes que je cherche à faire prévaloir, j'ai obtenu la guérison des sept huitièmes, bien que l'âge moyen dépassât un peu quarante ans. Je terminerai donc ces nouvelles études, comme je l'avais fait déjà la pre-

mière fois, en disant, avec Sydenham, que le traitement que je conseille est celui que je voudrais me voir appliquer si j'étais atteint actuellement de la maladie dont je viens de tracer l'histoire.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

Dédicace. V

Avant-propos de la deuxième édition. VII

Considérations préliminaires 1

CHAPITRE PREMIER. — Anatomie pathologique 7

Article premier. — Degré de la pneumonie. 7

§ 1. Premier degré ou engouement. 7

§ 2. Deuxième degré ou hépatisation. 10

§ 3. Troisième degré ou hépatisation grise. 16

Article II. — Abcès du poumon. 20

Article III.—Des lésions désignées sous les noms de *splénisation*, *carnification*, *état fœtal*, pneumonie *lobulaire*, *broncho-pneumonie*, pneumonie *hypostatique*. 32

Article IV. — Siége. 40

§ 1. Siége des pneumonies primitives. 40

§ 2. Siége de l'inflammation dans les différents lobes. 47

Article V. — Caractères anatomiques que présente la résolution des trois premiers degrés de la pneumonie. 49

Article VI. — Gangrène. 53

Article VII. — Lésions concomitantes de la pneumonie aiguë. 55

§ 1. État des plèvres. 55

§ 2. État des bronches. 56

§ 3. État des ganglions bronchiques. 60

§ 4. État du cœur, du sang contenu dans ses cavités et dans les gros vaisseaux 61

§ 5. État des voies digestives. 66

§ 6. État du système nerveux. 68

Article VIII. — Caractères anatomiques de la pneumonie chronique. . . 69

§ 1. Pneumonie chronique simple. 70

§ 2. Pneumonie chronique tuberculeuse. 85

Article IX. — Lésions anatomiques des pneumonies secondaires. 86

CHAPITRE II. — Étiologie. 91

Article premier. — Causes prédisposantes de la pneumonie primitive. . 92

§ 1. Age. 92

§ 2. Sexe. 101

§ 3. Constitution, tempérament. 105

§ 4. Conformation thoracique. 106

§ 5. Pneumonies antérieures. 107

§ 6. Conditions sociales. 110

§ 7. Professions. 112

§ 8. Climats 119
§ 9. Séjour dans les villes et les campagnes 119
§ 10. Pays marécageux 134
§ 11. Lieux élevés 138
§ 12. Saisons 138
§ 13. Vents 141
§ 14. Variations barométriques 142

ARTICLE II. — Causes excitantes ou occasionnelles 143
§ 1. Causes traumatiques 143
§ 2. Vapeurs irritantes 147
§ 3. Refroidissement 148
§ 4. De quelques autres causes occasionnelles 155
§ 5. Constitutions épidémiques 156
§ 6. Résumé des causes 157
§ 7. Rapport entre la cause occasionnelle et le siége 159

ARTICLE III. — Fréquence de la pneumonie dans le cours des maladies aiguës et chroniques. Influence que celles-ci exercent sur sa production 160

ARTICLE IV. — Des pneumonies consécutives à une bronchite 179

ARTICLE V. — Causes de la pneumonie chronique 182

CHAPITRE III. — Prodromes 186
§ 1. Prodromes des pneumonies primitives 186
§ 2. Prodromes des pneumonies secondaires 188

CHAPITRE IV. — Modes d'invasion 189
§ 1. Invasion des pneumonies primitives 189
§ 2. Invasion des pneumonies consécutives 193

CHAPITRE V. — Symptomatologie de la pneumonie aiguë 196

ARTICLE PREMIER. — Symptômes fournis dans les pneumonies primitives par l'appareil respiratoire 197
§ 1. Douleur de côté 197
§ 2. Accélération de la respiration, dyspnée 204
§ 3. Toux 209
§ 4. Expectoration 212
§ 5. Air expiré 222
§ 6. Inspection et mensuration de la poitrine 222
§ 7. Percussion thoracique 226
§ 8. Auscultation 229
§ 9. Vibration des parois thoraciques 245

ARTICLE II. — Symptômes généraux et sympathiques 250
§ 1. Organes circulatoires 250
§ 2. Chaleur, sueurs, état fébrile 260
§ 3. Organes digestifs 264
§ 4. Examen de l'urine 267

§ 5. Troubles du système nerveux 272
§ 6. État des forces 274
§ 7. Habitude extérieure (facies, décubitus) 275

ARTICLE III. — Modifications que les symptômes précédents éprouvent dans les pneumonies consécutives 279

CHAPITRE VI. — Marche 290
§ 1. Marche de la pneumonie aiguë primitive 290
§ 2. Marche des pneumonies consécutives 298

CHAPITRE VII. — Terminaisons 299
ARTICLE PREMIER. — Terminaison par résolution 299
ARTICLE II. — Des phénomènes et des jours critiques 310
ARTICLE III. — Terminaison de la pneumonie par suppuration 317
§ 1. Suppuration diffuse 317
§ 2. Abcès pulmonaires 322
ARTICLE IV. — Terminaison par gangrène 334
ARTICLE V. — Passage à l'état chronique 338
ARTICLE VI. — Terminaison des pneumonies consécutives 344

CHAPITRE VIII. — Durée 350

CHAPITRE IX. — Complications 351
§ 1. Complication avec pleurésie 352
§ 2. Complication par un pneumo-thorax 360
§ 3. Complication avec la bronchite 362
§ 4. Complications du côté des organes circulatoires 364
§ 5. Complications du côté des organes biliaires 369
§ 6. Complications cérébrales 373
§ 7. Complications avec les parotides 382
§ 8. Complications avec les douleurs articulaires 383
§ 9. Fréquences des complications précédentes dans les pneumonies consécutives 384

CHAPITRE X. — Formes 386
ARTICLE PREMIER. — Pneumonies primitives 387
§ 1. Pneumonies bilieuses 387
§ 2. Pneumonie typhoïde 396
§ 3. Pneumonie catarrhale ou broncho-pneumonie 405
§ 4. Pneumonies périodiques 411
§ 5. Pneumonies latentes 423
§ 6. De quelques formes de pneumonies admises par divers auteurs 425
§ 7. Pneumonie traumatique 430
ARTICLE II. — Pneumonies consécutives 436

CHAPITRE XI. — Convalescence, phénomènes consécutifs, rechutes. 440

CHAPITRE XII. — De la mort dans la pneumonie et de ses causes. 445

CHAPITRE XIII. — Influence de la pneumonie sur la production et sur la marche de plusieurs maladies 447

ARTICLE PREMIER. — Influence de la pneumonie sur la production et la marche des maladies du poumon 448

§ 1. Emphysème et dilatation des bronches 448

§ 2. Œdème des poumons 450

§ 3. Tubercules pulmonaires 451

ARTICLE II. — Influence de la pneumonie sur la production et la marche des maladies organiques du cœur 457

ARTICLE III. — Influence de la pneumonie sur la production et sur la marche de plusieurs autres maladies 464

1° Hydropisies 464

2° Maladies à manifestations cutanées 464

3° Manie 466

ARTICLE IV. — Influence de la pneumonie sur la grossesse 466

CHAPITRE XIV. — Diagnostic 470

§ 1. Une pneumonie existe-t-elle 471

§ 2. Déterminer le siége de la pneumonie 480

§ 3. Diagnostiquer le degré de la pneumonie et ses terminaisons 484

§ 4. Diagnostiquer quelle est la forme de la pneumonie 489

§ 5. Diagnostic de la pneumonie d'avec les autres maladies qui lui ressemblent 495

1° Pleurésie 495

2° Bronchite aiguë 501

3° Œdème pulmonaire 501

4° Phthisie aiguë 502

5° Affections cérébrales 503

§ 6. Diagnostic des pneumonies consécutives 505

§ 7. Diagnostic différentiel de la pneumonie chronique 508

CHAPITRE XV. — Pronostic 514

§ 1. Age 515

§ 2. Sexe 519

§ 3. Constitution 521

§ 4. Conformation thoracique 521

§ 5. Pneumonies antérieures 522

§ 6. Conditions sociales et professions 523

§ 7. Habitude de l'ivrognerie 524

§ 8. Races, climats, localités 525

§ 9. Saisons 527

§ 10. Constitution régnante. — Épidémie 528

§ 11. Nature des causes occasionnelles 529

§ 12. Siége de la pneumonie 530

§ 13. Début de la pneumonie 533

§ 14. Symptômes auxquels on a attribué une valeur pronostique 533

§ 15. Marche et terminaisons 541
§ 16. Complications 543
§ 17. Formes 545
§ 18. Usage des alcooliques au début 547
§ 19. Époque à laquelle le traitement fut commencé 549
§ 20. Pronostic des pneumonies secondaires 550
§ 21. Pronostic de la pneumonie chronique 554

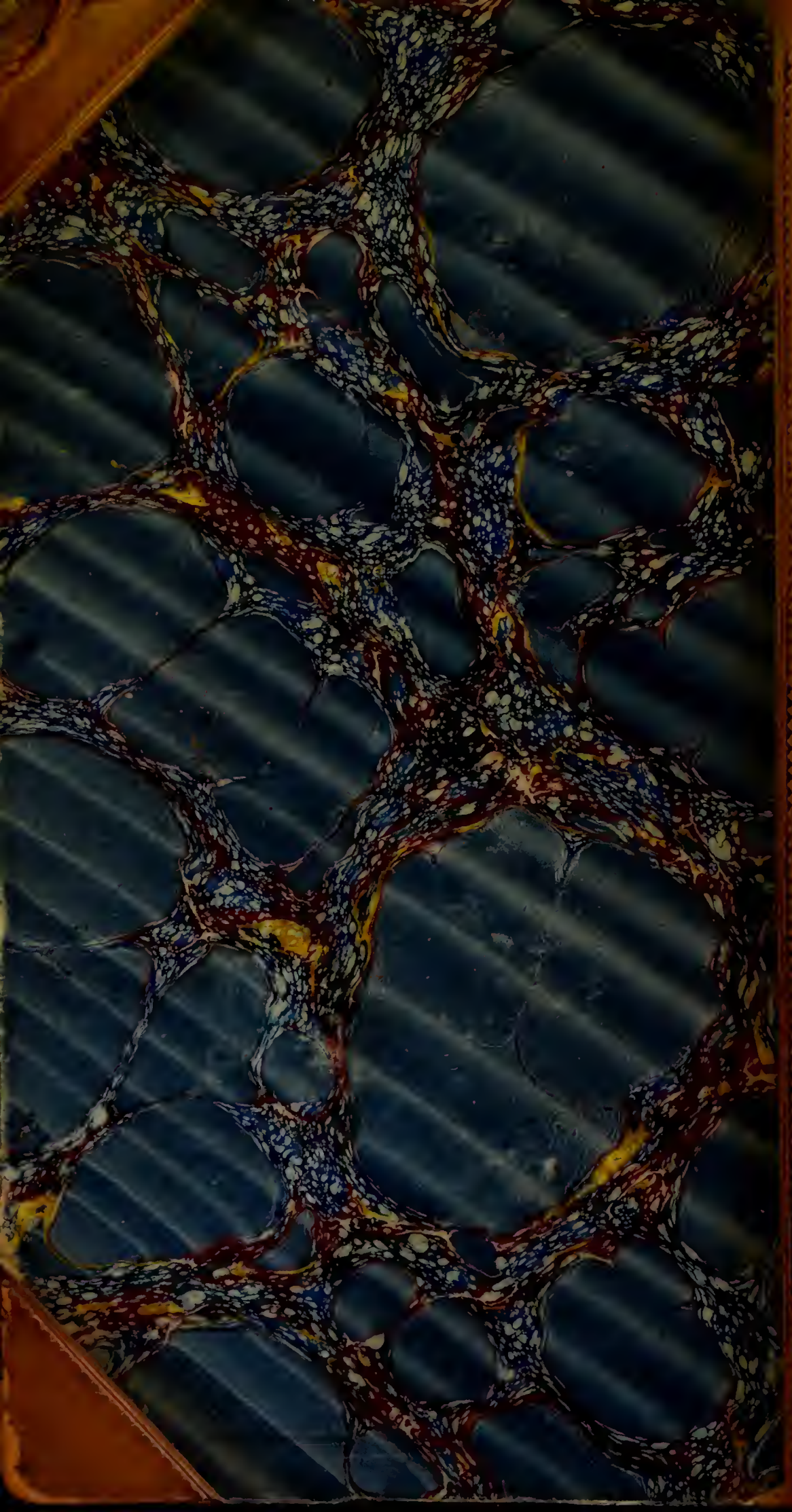
CHAPITRE XVI. — Traitement 554

ARTICLE PREMIER. — De la saignée 556
§ 1. De l'expectation dans le traitement de la pneumonie 558
§ 2. Doit-on saigner dans toutes les pneumonies? 573
§ 3. Doit-on saigner à toutes les époques et à tous les degrés de la pneumonie? 577
§ 4. Comment et où faut-il saigner? 580
§ 5. Combien de saignées faut-il faire? à quelle distance les unes des autres faut il les pratiquer? — Appréciation des différentes méthodes. 581

ARTICLE II. — Résultats obtenus par les saignées faites rationnellement. 599
§ 1. Effets des émissions sanguines dans les cas où la pneumonie était encore au premier degré 600
§ 2. Effets des émissions sanguines dans les cas où la pneumonie était parvenue au deuxième degré lorsque le traitement fut commencé. 604

ARTICLE III. — Traitement de la pneumonie par les préparations antimoniales. Historique. Appréciation des travaux antérieurs 616
§ 1. Premier groupe : Émétique à haute dose et sans l'emploi préalable de la saignée 628
§ 2. Deuxième groupe : Émétique administré d'après la méthode de Laennec 636
§ 3. Troisième groupe : Émétique à haute dose administré à une époque où il n'était plus possible de recourir aux émissions sanguines 639
§ 4. Doses et mode d'administration. Effets primitifs. Tolérance 643
§ 5. Contre-indications à l'emploi de l'émétique 651
§ 6. Accidents qui peuvent être produits par l'administration de l'émétique à haute dose 654
§ 7. Mode d'action de l'émétique donné à haute dose 659
§ 8. De quelques autres préparations antimoniales employées dans la pneumonie 663
1° Kermès 663
2° Poudre de James 664
3° Biantimoniate de potasse ou oxyde blanc d'antimoine 665
§ 9. De quelques autres médicaments contre-stimulants 667
1° Ipécacuanha 668
2° Vératrine 668
3° Digitale 670

4° Acétate de plomb 671
5° Acide cyanhydrique ou hydrocyanique ou prussique 673
ARTICLE IV. — Méthode altérante 674
ARTICLE V. — Méthode évacuante 677
ARTICLE VI. — Traitement par le froid 678
ARTICLE VII. — Moyens adjuvants 679
§ 1. Moyens hygiéniques 679
§ 2. Moyens médicamenteux 682
1° Boissons 682
2° Fumigations 683
3° Purgatifs 683
4° Narcotiques 684
5° Anesthésiques 685
6° Bains 686
7° Topiques émollients 689
8° Vésicatoires 689
ARTICLE VIII. — Modifications au traitement d'après les modes de terminaison 696
ARTICLE IX. — Traitement de quelques symptômes 697
ARTICLE X. — Traitement des complications 698
ARTICLE XI. — Traitement des différentes formes de la pneumonie 702
§ 1. Traitement des pneumonies bilieuses 702
§ 2. Traitement des pneumonies typhoïdes 716
§ 3. Traitement des pneumonies catarrhales 722
§ 4. Traitement des pneumonies intermittentes et rémittentes 723
§ 5. Traitement des pneumonies rhumatismales 725
§ 6. Traitement des pneumonies traumatiques 726
ARTICLE XII. — Traitement des phénomènes consécutifs. Rechutes 726
ARTICLE XIII. — Traitement des pneumonies consécutives 727
ARTICLE XIV. — Traitement de la pneumonie chronique 734
ARTICLE XV. — Conclusion générale sur le traitement de la pneumonie 735

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.